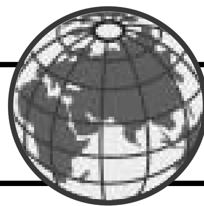


مشـروع «اسفـير»





الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا لمواجهة الكوارث







الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا لمواجهة الكوارث

المحتويـات

مقدمــــة

هناك مبدآن أساسيان لا بد من الاسترشاد بهما في أي عمل إنساني. وهذان المبدآن هما تلبية الاحتياجات الأساسية للمنكوبين ومساعدتهم على استعادة مقومات حياتهم.

لقد كان الغرض من وضع الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا لمواجهة الكوارث هو زيادة فعالية المساعدة الإنسانية من ناحية، وتحسين مساءلة الوكالات الإنسانية من ناحية أخرى. ويقوم الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا على اعتقادين أساسيين: أولهما، هو الاعتقاد بضرورة اتخاذ كل الإجراءات الممكنة للتخفيف من المعاناة التي تسببها النزاعات أو الكوارث، وثانيهما هو الاعتقاد بأن للأشخاص المتضررين من الكوارث الحق في حياة كريمة ومن ثم في الحصول على المساعدة.

والكتاب الذي بين أيديكم هو حصيلة ما يزيد على عامين من التعاون بين مختلف الوكالات من أجل صياغة ميثاق إنساني وتحديد معايير دنيا للارتقاء بالحقوق الواردة في الميثاق. وتغطي هذه المعايير المجالات التالية: توفير الماء والإصحاح، التغذية، المعونة الغذائية، تخطيط المأوى والموقع وخدمات الصحة عند الإغاثة في حالات الكوارث.

الميثاق الإنساني

يمثل الميثاق الإنساني (الجزء ١) حجر أساس هذا الكتاب ويقوم على مبادئ ونصوص القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان وقانون اللاجئين بالإضافة إلى *مدونة السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية للإغاثة في حالات الكوارث*. ويعرض الميثاق المبادئ الجوهرية التي تحكم العمل الإنساني ويؤكد حق الأشخاص المتضررين في الحماية والمساعدة.

ويحدد الميثاق المسؤوليات القانونية للدول والأطراف المعنية الأخرى في ضمان حق المنكوبين في الحصول على المساعدة والحماية. فيتعين على

الدول، عندما تعجز عن توفير المساعدة، أن تسمح للمنظمات الإنسانية بمساعدة السكان المتضررين من الكارثة.

المعايير الدنيا

ساهم في وضع المعايير الدنيا للعمل الإنساني (الجزء ٢) عدد كبير من الخبراء في كل من المجالات الخمسة المذكورة أعلاه. والجدير بالذكر أن المعايير الدنيا والمؤشرات المقترنة بها ليست بالجديدة في مجملها، بل أنها تستند إلى معارف وممارسات قائمة تم ترسيخها ومواءمتها مع الظروف. وتمثل هذه المعايير عموما، إجماعاً ملفتاً للنظر بين مجموعة واسعة من الوكالات الإنسانية، كما تعكس عزم هذه الوكالات المتجدد على ضمان تطبيق المبادئ الإنسانية في الواقع العملي.

نطاق وحدود الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا

تتوقف قدرة الوكالات الإنسانية على تطبيق المعايير الدنيا على مجموعة من العوامل التي قد تنجح هذه الوكالات في التحكم في بعضها بينما سيتعذر عليها التحكم في البعض الآخر، كعاملي السياسة والأمن. ولا تُخفى أهمية وصول الوكالات الإنسانية إلى السكان المتضررين وحصولها على موافقة السلطات المعنية والتعاون معها وتمكّنها من العمل في ظروف أمنية مناسبة. كما يُعد توفر الموارد المالية والبشرية والمادية أمراً أساسياً لهذه المنظمات. وغني عن البيان أن هذا الكتاب لا يمكن أن يُشّكل لوحده دليلا كاملا للتقييم أو أن يكون بمثابة مجموعة كاملة من معايير العمل الإنساني.

وإذا كان الميثاق الإنساني عبارة عن بيان عام للمبادئ الإنسانية، فإن الغرض من المعايير الدنيا هو تنفيذ هذه المبادئ وليس معالجة المشاكل أو العلميات الإنسانية بكل أنواعها. إذ لا تغطي هذه المعايير كل أشكال المساعدة الإنسانية المناسبة الممكنة، كما أنها لا تتناول قضايا الحماية الإنسانية الأوسع نطاقاً.

وكثيراً ما تواجه الوكالات الإنسانية ظروفا تهدد فيها أفعال الإنسان أو العراقيل التي يضعها مقومات رفاهية المجتمعات أو قطاعات كاملة من السكان أو سبل عيشهم أو أمنهم، وتنتهك بذلك القانون الدولي. وينحصر

اهتمام الوكالات الإنسانية، في حالات النزاع المسلح، في حماية السكان من مثل هذه التهديدات.

والواقع أن هذا الكتاب لا يقدم استراتيجيات أو آليات شاملة ومفصّلة لضمان الوصول إلى السكان وحمايتهم. ولكن، يجدر التأكيد على أن شكل وطريقة توفير مساعدات الإغاثة يمكن أن يكون له أعمق الأثر (سلباً وإيجاباً) في أمن السكان المتضررين. ويعترف الميثاق الإنساني بأن محاولة تقديم المعونة في حالات النزاع قد يزيد من تعرض المدنيين إلى الهجوم أو قد يعطي لطرف أو أكثر من أطراف النزاع ميزة لم تكن مقصودة. ويحث هذا الميثاق الوكالات الإنسانية على محاولة الحد من مثل هذه الآثار الضارة لعملياتها بقدر المستطاع.

وما من شك في أنه ليس في الإمكان حل كل المشاكل المرتبطة بالمساعدة الإنسانية أو تفادي كل المِحَن التي يواجهها البشر بفضل الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا فقط. إذ أن ما يقدمه الميثاق والمعايير هو أداة يمكن للوكالات الإنسانية أن تستعين بها لتحسين فعاليتها وتحسين جودة المساعدات التي تقدمها، والإسهام بذلك في تحسين ظروف معيشة الأشخاص المتضررين من الكوارث تحسيناً ملموساً.





الجزء ١



الميثاق الإنساني





الميثـاق الإنسانـي

تسعى الوكالات الإنسانية التي تعهدت بالالتزام بهذا الميثاق وبالمعايير الدنيا إلى ضمان تقديم خدمات للسكان المتضررين من الكوارث أو النزاعات المسلحة تفي بمعايير محددة، كما تسعى إلى تشجيع احترام المبادئ الإنسانية الأساسية.

وتُبيّن الوكالات الإنسانية، عبر الميثاق الإنساني، التزامها بهذه المبادئ وعزمها على تطبيق المعايير الدنيا الواردة في الميثاق. ويقوم هذا الالتزام على فهم كل وكالة إنسانية لالتزاماتها المعنوية، ويعكس الحقوق والواجبات المكرسة في القانون الدولي والتي حددت الدول وأطراف أخرى التزاماتها بناء عليها.

ويتناول الميثاق المتطلبات الأساسية لتأمين معيشة الأشخاص المتضررين من الكوارث أو النزاعات وصون كرامتهم. وترمي المعايير الدنيا التي تليه، إلى تحديد حجم هذه الاحتياجات من حيث حاجة الأشخاص إلى الماء والإصحاح والتغذية والغذاء والمأوى والرعاية الصحية. ويسهم الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا لمواجهة الكوارث في توفير إطار عملي للاضطلاع بجهود المساعدة الإنسانية بروح من المسؤولية.

١- المبـادئ

إننا نؤكد من جديد إيماننا بالواجب الإنساني وأولويته. ونقصد بذلك إيماننا بضرورة اتخاذ كل التدابير الممكنة لتفادي المعاناة التي تسببها النزاعات أو الكوارث، أو التخفيف من حدتها، وإيماننا بحق المدنيين المتضررين في الحماية والمساعدة.

ونحن نقدم خدماتنا بوصفنا وكالات إنسانية مستلهمين بهذا الإيمان الذي يجسده القانون الدولي الإنساني والذي يستند إلى مبدأ الإنسانية. وإننا نلتزم بالعمل وفقاً لمبدأي الإنسانية وعدم التحيز وللمبادئ الأخرى الواردة في

مدونة السلوك من *أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية للإغاثة في حالات الكوارث (١٩٩٤)*.

ويؤكد الميثاق الإنساني الأهمية الجوهرية للمبادئ التالية:

١-١ الحق في حياة كريمة

يرد هذا الحق في القواعد القانونية المتعلقة بالحق في الحياة وفي مستوى معيشة مناسب وفي التحرر من المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. ويرتبط حق الفرد في الحياة، حسب فهمنا، بحقه في أن تُتخذ تدابير لحماية حياته حيثما كانت مهددة، فضلا عن واجب الآخرين في اتخاذ مثل هذه التدابير في المقابل. وينطوي ذلك ضمنا على واجب الامتناع عن حجز أو عرقلة المساعدات التي من شأنها إنقاذ الأرواح. وبالإضافة إلى ذلك، يضم القانون الدولي الإنساني أحكاماً محددة تُلزم الدول والأطراف المعنية الأخرى بالموافقة على تقديم المساعدات الإنسانية دون تحيز للسكان المدنيين أثناء النزاعات إذا ما افتقروا إلى الإمدادات الأساسية[١].

١-٢ التمييز بين المقاتلين وغير المقاتلين

يُشكل هذا التمييز الأساس الذي تقوم عليه اتفاقيات جنيف لعام ١٩٤٩ وبروتوكولاها الإضافيان لعام ١٩٧٧. وبات هذا المبدأ الأساسي يُنتهك بشكل متزايد كما تبينه الزيادة الهائلة في عدد الجرحى المدنيين خلال النصف الثاني من القرن العشرين. ويجب ألا تحجب عنا مثل هذه النزاعات الداخلية، التي كثيراً ما يشار إليها باسم «الحرب الأهلية»، ضرورة التمييز بين الأشخاص المشتركين فعلاً في القتال، من ناحية، والمدنيين وغيرهم من الأشخاص (بمن فيهم المرضى والجرحى والأسرى) الذين لا يشاركون في القتال مباشرة، من ناحية أخرى. ويكفل القانون الدولي الإنساني حماية غير المقاتلين وحقهم في الحماية من أي اعتداء[٢].

١-٣ مبدأ عدم طرد اللاجئين

يقضي هذا مبدأ بعدم جواز إعادة لاجئ إلى بلد تكون حياته أو حريته مهددة فيها لأسباب قائمة على العرق أو الدين أو الجنسية أو الأراء السياسية أو الانتماء إلى مجموعة اجتماعية معينة، أو عندما يكون هناك سبب قوي يدعو إلى الاعتقاد باحتمال تعرضه للتعذيب[٣].

٢- الأدوار والمسؤوليات

٢-١ إننا نعترف بأن الاحتياجات الأساسية للأشخاص المتضررين من الكوارث أو النزاعات المسلحة إنما تُلبى بفضل جهودهم الخاصة في المقام الأول، كما نعترف بأولوية دور الدولة ومسؤوليتها في توفير المساعدة عندما يعجز السكان عن مواجهة الظروف المحيطة بهم بنفسهم.

٢-٢ يعترف القانون الدولي بحق المتضررين في الحماية والمساعدة، ويحدد الالتزامات القانونية التي تقع على الدول أو الأطراف المتحاربة في توفير مثل هذه المساعدة أو في السماح بتقديمها وكذلك في تفادي أي سلوك من شأنه أن ينتهك حقوق الإنسان الأساسية. وترد هذه الحقوق والواجبات في مجموعة القوانين الدولية الخاصة بحقوق الإنسان وفي القانون الدولي الإنساني وقانون اللاجئين. (أنظر قائمة المراجع أدناه).

٢-٣ إننا ننطلق في تحديد دورنا، كوكالات إنسانية، من هذه الأدوار والمسؤوليات الأساسية. وكثيرا ما يبين دورنا في تقديم المساعدة الإنسانية حقيقة مفادها أن الجهات التي تقع عليها مسؤولية المساعدة في المقام الأول ليست دائماً قادرة على الاضطلاع بهذا الدور بنفسها أو مستعدة للقيام به. ويرجع السبب أحياناً إلى القدرات المحدودة للجهة المعنية، ويرجع أحياناً أخرى إلى تجاهل مقصود للالتزامات القانونية والأخلاقية الأساسية، ويستتبع ذلك معاناة بشرية يمكن تفاديها في أغلب الأحوال.

٢-٤ إن عجز الأطراف المتحاربة المتكرر عن احترام الغرض الإنساني من العمليات الإنسانية قد بيّن أن محاولة توفير المساعدة في حالات النزاع يمكن أن يزيد من تعرض المدنيين للهجوم أو قد يعطي ميزة غير مقصودة لطرف أو أكثر من الأطراف المتحاربة. ونحن عازمون على بذل قصارى جهدنا للحد من مثل هذه الآثار الضارة لعملياتنا، على أن تظل تلك الجهود منسجمة مع الالتزامات المذكورة أعلاه. وتقع على الأطراف المتحاربة مسؤولية احترام الطابع الإنساني لهذه العمليات.

٢-٥ إننا نعترف بمهمتي الحماية والمساعدة اللتين أسندهما القانون الدولي إلى اللجنة الدولية للصليب الأحمر ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وندعمها في إطار المبادئ المحددة أعلاه وعلى نطاق أوسع أيضاً.

٣- المعايير الدنيا

تستند المعايير الدنيا التي ترد في الجزء التالي من هذا الكتاب، إلى خبرة الوكالات المعنية في مجال تقديم المساعدات الإنسانية. وبالرغم من أن تطبيق هذه المعايير يتوقف على مجموعة من العوامل التي قد يتعذر علينا أن نتحكم في العديد منها، فأننا نتعهد بمحاولة تطبيقها بصورة منهجية وبتحمل مسؤولية عملنا. وندعو الهيئات الإنسانية الأخرى، بالإضافة إلى الدول نفسها، إلى اعتماد هذه المعايير كقواعد متفق عليها.

وبالتقيّد بالمعايير المحددة في الفصول من ١ إلى ٥. نؤكد التزامنا ببذل كل الجهود الممكنة لتلبية الاحتياجات الدنيا للسكان المتضررين من الكوارث (كحاجتهم إلى الماء والإصحاح والغذاء والتغذية والمأوى والرعاية الصحية) لضمان حقهم الأساسي في حياة كريمة. وتحقيقا لهذه الغاية، سنواصل دعوة الحكومات والأطراف المعنية الأخرى إلى الوفاء بالتزاماتها بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني وقانون اللاجئين.

إننا مستعدون لقبول المساءلة بشأن وفائنا بهذا الالتزام. كما أننا على استعداد لوضع نظم للمساءلة في وكالاتنا وشراكاتنا واتحاداتنا. ونعترف أخيرا بأننا مسؤولون أولا وقبل كل شئ أمام الأشخاص الذين نسعى إلى مساعدتهم.

الهوامش

١- المادتان ٣ و٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام ١٩٤٨؛ المادتان ٦ و٧ من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية لعام ١٩٦٦؛ المادة ٣ المشتركة لاتفاقيات جنيف الأربع لعام ١٩٤٩؛ المواد ٢٣ و٥٥ و٥٩ من اتفاقية جنيف الرابعة؛ المواد من ٦٩ إلى ٧١ من البروتوكول الإضافي الأول لعام ١٩٧٧؛ المادة ١٨ من البروتوكول الإضافي الثاني لعام ١٩٧٧ بالإضافة إلى غيرها من قواعد القانون الدولي الإنساني ذات الصلة؛ اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة لعام ١٩٨٤؛ المواد ١٠ و١١ و١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام ١٩٦٦؛ المواد ٦ و٣٧ و٢٤ من اتفاقية حقوق الطفل لعام ١٩٨٩ وفي نصوص أخرى من القانون الدولي.

٢- يمثل التمييز بين المقاتلين وغير المقاتلين المبدأ الأساسي الذي يقوم عليه القانون الدولي الإنساني. أنظر بصفة خاصة المادة ٣ المشتركة بين اتفاقيات جنيف الأربع لعام ١٩٤٩ والمادة ٤٨ من البروتوكول الإضافي الأول لعام ١٩٧٧. أنظر أيضاً المادة ٣٨ من اتفاقية حقوق الطفل.

٣- المادة ٣٣ من الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين لعام ١٩٥١؛ المادة ٣ من اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة لعام ١٩٨٤؛ المادة ٢٢ من اتفاقية حقوق الطفل لعام ١٩٨٩.

المراجع

تم الاسترشاد بالصكوك التالية لإعداد الميثاق الإنساني:

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام ١٩٤٨.

العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية لعام ١٩٦٦

العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام ١٩٦٦

اتفاقيات جنيف الأربع لعام ١٩٤٩ وبروتوكوليها الإضافيين لعام ١٩٧٧.

الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين لعام ١٩٥١ والبروتوكول الخاص بوضع اللاجئين لعام ١٩٦٧.

اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة لعام ١٩٨٤.

اتفاقية منع جريمة الإبادة الجماعية والمعاقبة عليها لعام ١٩٤٨.

اتفاقية حقوق الطفل لعام ١٩٨٩.

اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام ١٩٧٩.

المبادئ التوجيهية بشأن النزوح الداخلي لعام ١٩٩٨.





الجزء ٢
المعايير الدنيا لمواجهة الكوارث







المعايير الدنيا لتوفير الماء والإصحاح







المعايير الدنيا لتوفير الماء والإصحاح

المحتويـات

للإطلاع على قائمة المصطلحات العامة وقائمة أهم الهيئات والمنظمات التي ورد ذكرها في الكتاب، يرجى الرجوع إلى الملحقين ١ و٢ في نهاية الكتاب.

المعايير الدنيا لتوفير الماء والإصحاح

مقدمـــــة

إن كان الميثاق الإنساني يُجسّد مبادئ العمل الإنساني وحقوق ضحايا الكوارث، فإن المعايير الدنيا لتوفير الماء والإصحاح تمثل التعبير العملي لهذه المبادئ والحقوق. علماً بأن الغرض من الميثاق الإنساني هو تلبية الاحتياجات الأساسية التي تكفل للمتضررين من الكوارث أو النزاعات مواصلة العيش بكرامة وفقاً لمبادئ القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني وقانون اللاجئين، وهي مبادئ تسترشد بها الوكالات الإنسانية في تقديم خدماتها. وتسعى هذه الوكالات في عملها إلى الالتزام بمبدئي الإنسانية وعدم التحيز وبالمبادئ الأخرى الواردة في *مدونة السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية للإغاثة في حالات الكوارث*. والميثاق الإنساني إنما يعيد التأكيد على أهمية ثلاثة مبادئ أساسية للعمل الإنساني، ألا وهي:

- الحق في حياة كريمة
- التمييز بين المقاتلين وغير المقاتلين
- مبدأ عدم طرد اللاجئين

ويمكن تقسيم المعايير الدنيا للعمل الإنساني إلى مجموعتين عامتين: تتعلق المجموعة الأولى بحقوق الأشخاص المتضررين، بينما تخص المجموعة الثانية الجهود التي تبذلها الوكالات الإنسانية لضمان هذه الحقوق. ويمكن أن تكون بعض هذه المعايير خليطا من هاتين المجموعتين.

١- أهمية توفير الماء والإصحاح في حالات الطوارئ

تعتبر ظروف الإصحاح المتردية ونقص الماء من أهم أسباب تعرض الأشخاص المتضررين من الكوارث للأمراض والموت مقارنة بكل الأسباب الأخرى. ويمثل الإسهال وغيره من الأمراض التي تنتقل عن طريق الغائط وعبر الفم من أكثر هذه الأسباب انتشاراً. والواقع أن ظروف الإصحاح المتردية وانعدام النظافة وتلوث الماء تساهم كلها في تسهيل انتقال هذه الأمراض. وهناك أمراض أخرى يعود سببها إلى الماء والإصحاح، وهي الأمراض التي تسببها نواقل الأمراض التي يكثر وجودها حول النفايات الصلبة ومياه الصرف.

إن الهدف الأساسي لبرامج الطوارئ في مجال توفير الماء والإصحاح هو توفير حد أدنى من المياه الصالحة للشرب والعمل على تقليل انتشار الأمراض التي تنتقل عن طريق الغائط وعبر الفم، بالإضافة إلى الحد من درجة التعرض لنواقل الأمراض. ولهذه البرامج هدف مهم آخر هو تهيئة الظروف التي تتيح للأشخاص المتضررين استئناف كل نشاطات حياتهم الاعتيادية اليومية، كالذهاب إلى المراحيض والاستحمام في ظروف تحفظ كرامتهم وراحتهم وأمنهم.

عادة ما تتحمل النساء والأطفال مسؤولية جلب الماء في معظم حالات الطوارئ. وتجدر الإشارة إلى أن استعمال النساء والفتيات لمرافق المياه والإصحاح المشتركة، في حالات اللجوء أو النزوح الجماعي مثلاً، يزيد أيضاً من احتمالات تعرضهن للعنف أو الاستغلال الجنسي. وعليه، فإن من المهم تشجيع النساء على المشاركة في إعداد برامج توفير الماء والإصحاح حيثما أمكن. إذ أن من شأن مشاركتهن في تصميم تلك البرامج أن يضمن استخدام جميع السكان المتضررين لمرافق المياه والإصحاح في جو يحفظ أمنهم ويضمن أيضاً حصول الجميع على خدمات مناسبة.

٢- ترتيب هذا الفصل

تم ترتيب هذا الفصل في ثمانية أقسام (التحليل، توفير الماء، التخلص من الفضلات، إلخ)، يضم كل قسم ما يلي:

- **المعايير الدنيا**: هي الحد الأدنى من الخدمات التي يراد تقديمها في كل مجال من مجالات العمل الإنساني.
- **المؤشرات الأساسية**: هي «علامات» يسترشد بها لمعرفة مدى تحقيق المعيار المطلوب. وتوّفر المؤشرات طريقة لقياس أثر برنامج معين أو

نتيجته، ولقياس الإجراءات أو الأساليب المتبعة لتنفيذه وإحاطة المعنيين علماً بذلك. ويمكن أن تكون هذه المؤشرات كمية أو نوعية.

- **الملاحظات التوجيهية**: هي اعتبارات محددة ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار عند تطبيق المعايير في مختلف الظروف، ويُسترشد بها لتجاوز الصعوبات العملية ومعالجة المسائل ذات الأولوية. ويمكن أن تتضمن هذه الملاحظات التوجيهية قضايا حساسة تتعلق بالمعايير الدنيا أو المؤشرات الأساسية. كما يمكن أن تصف مشاكل مستعصية أو مشاكل يدور حولها جدال أو ثغرات في المعلومات والمعارف المتاحة. فمن شأن معالجة هذه الثغرات أن يسهم في تحسين المعايير الدنيا لتوفير الماء والإصحاح في المستقبل.

وترد في مرفقات هذا الفصل معلومات مفيدة أخرى من جملتها قائمة بالمراجع. ويرد في المرفق ٣ وصف للخطوات التي ينبغي اتباعها لتأمين توفير الماء والإصحاح.

ويتّبع ترتيب هذا الفصل نفس الترتيب المتُّبع عادة في توزيع الأنشطة والمسؤوليات في حالات الطوارئ. وما من شك في أن الأعمال التي تنُفّذ في كل مجال من مجالات العمل الإنساني تسهم في نهاية المطاف في تحقيق الهدف النهائي لبرنامج توفير الماء والإصحاح كما ورد تعريفه أعلاه. كما أن هناك علاقة وثيقة بين أهداف هذا المجال والمجالات الأخرى وأنشطتها من الناحيتين الوبائية والتطبيقية. والواقع أن المعايير المقترحة لتحليل الوضع، انطلاقاً من الحصر ومروراً بالرصد وانتهاء بالتقييم، تنطبق على كل ميادين العمل التي يشملها مجال توفير الماء والإصحاح.

وتجدر الإشارة إلى أن التقدم الذي يُحرز في تطبيق المعايير في مجال محدد من مجالات العمل الإنساني يؤثر في مدى تقدُم تطبيقها في المجالات الأخرى. ففي الحالات التي يُفتقر فيها إلى أساليب ملائمة للتخلص من الفضلات وإلى مرافق مناسبة للصرف الصحي، يكتسب تحقيق معيار توفير الحد الأدنى من المياه أهمية تفوق بكثير أهمية تحقيقه في الظروف التي تكون فيها البيئة خالية نسبياً من الجراثيم بفضل ظروف الإصحاح والنظافة المناسبة. وبالتالي فإن من المهم تحديد الأولويات وفقاً لتطور الوضع واستناداً إلى معلومات مدروسة يجري تبادلها مع مجالات العمل الإنساني الأخرى.

وسنشير، عند اللزوم، إلى المعايير التقنية المطبقة في مجالات العمل الإنساني الأخرى لبيان مدى ارتباط تقدم العمل في مجال محدد بتقدمه في المجالات الأخرى.

١- تحليل الوضع

لا بد من فهم الوضع السائد، بجوانبه السياسية والأمنية وتطوراته المحتملة، فهما واضحا إذا أريد إعداد برامج قادرة على تلبية احتياجات السكان المتضررين من الكوارث. وينبغي أن يطمئن الأشخاص المتضررين من الكوارث والوكالات الإنسانية نفسها والجهات المانحة والسلطات المحلية، إلى فائدة عمليات الإغاثة الإنسانية وفعاليتها. ولتحقيق ذلك، ينبغي تحليل آثار الكارثة بالإضافة إلى فائدة برنامج توفير الماء والإصحاح ذاته. فمن الصعب، إن لم يكن من المستحيل، تنظيم استجابة إنسانية ملائمة لكارثة معينة، ما لم يتم تحديد المشكلة وفهمها بشكل صحيح أولاً.

ويتيح استعمال مناهج موحدة للتحليل في كل مجالات العمل الإنساني إمكانية تقدير الاحتياجات الإنسانية على وجه السرعة وضمان توزيع الموارد بناء على ذلك. ويعرض هذا القسم المعايير والمؤشرات المتفق عليها في مجال جمع المعلومات وتحليلها بهدف حصر الاحتياجات وإعداد برامج المساعدة ورصد فعاليتها وتقييمها وضمان مشاركة السكان المتضررين فيها.

ينبغي تطبيق معايير تحليل الوضع قبل الشروع في تنفيذ أي برنامج وطوال مدة تنفيذه. ويبدأ التحليل بإجراء حصر أولي، على أثر وقوع الكارثة مباشرة، لتحديد وقعها ومدى ضرورة الاستجابة لها وأسلوب تنظيم هذه الاستجابة. وبعد الحصر الأولي، ينبغي الشروع في الرصد الذي يبّين مدى تلبية البرنامج لاحتياجات الأشخاص المتضررين وما إذا كان يلزم إدخال تعديلات عليه. وينتهي التحليل بالتقييم الذي يرمي إلى بيان مدى تحقيق البرنامج لأهدافه واستخلاص الدروس المناسبة للمستقبل.

ويعتبر تبادل المعلومات والمعارف مع جميع المشتركين في تحليل الوضع أمراً أساسياً للتوصل إلى فهم كامل للمشكلة القائمة ولتنسيق المساعدات على نحو مناسب. ومن شأن إجراء تحليل مدروس للوضع ونشر المعلومات المستخلصة من هذا التحليل أن يسهم في فهم الآثار الضارة للكارثة على

الصحة العامة وغير ذلك من عواقب الكوارث فهما أشمل، وأن يساعد أيضاً على تحسين استراتيجيات الوقاية من الكوارث والتخفيف من حدتها.

معيار التحليل رقم ١: الحصر الأولي

ينبغي أن تُتخذ القرارات الخاصة بالبرنامج استناداً إلى فهم متعمق لحالة الطوارئ وإلى تحليل واضح للمخاطر والاحتياجات الصحية المرتبطة بتوفير الماء والإصحاح.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يضطلع موظفون مؤهلون بعملية الحصر الأولي وفقاً لإجراءات متفق عليها دوليا، وذلك بعد وقوع الكارثة فوراً.
- ينبغي إجراء الحصر بالتعاون مع فريق مشترك يضم ممثلين عن مختلف مجالات العمل الإنساني (الماء والإصحاح، التغذية، الغذاء، المأوى، الصحة) وبالتعاون مع السلطات المحلية والنساء والرجال ضمن مجموعة السكان المتضررين ومع الوكالات الإنسانية التي تنوي تقديم المساعدة.
- ينبغي جمع المعلومات وعرضها بما يكفل اتخاذ قرارات تتسم بالشفافية والاتساق.
- ينبغي تصنيف البيانات حسب الجنس والسن حيثما أمكن.
- ينبغي أن تساعد المعلومات التي يجري جمعها على تقدير احتياجات الرجال والنساء ومختلف المجموعات الاجتماعية والأعمار، وأن تساعد أيضاً على تقدير المخاطر الصحية التي يمكن أن ينطوي عليها توفير الماء والإصحاح. ويمكن استعمال هذه المعلومات كبيانات مرجعية عند إجراء الرصد والتقييم.
- ينبغي فحص كل شبكات المياه والصرف الصحي، الصالحة منها والمصابة بتلف.

- ينبغي أن يراعي الحصر المعايير الخاصة بتوفير الماء والإصحاح المطبقة في البلد الذي وقعت فيه الكارثة وأن يراعي أيضاً المعايير ذاتها المطبقة في البلد الذي تُقدم فيه المساعدة الإنسانية إذا كانت مختلفة عن الأولى.
- ينبغي أن يضم الحصر الأولي تحليلاً للعوامل التي تهدد سلامة السكان المتضررين وأمنهم في حالات الاضطرابات الأمنية.
- في الحالات التي يستدعي فيها الوضع التماس معونة خارجية، ينبغي تقديم توصيات بشأن المعونة المطلوبة وأولوياتها وطريقة توفيرها والموارد اللازمة لتقديمها مع مراعاة الاعتبارات التالية:
  - التركيبة الاجتماعية والسياسية للسكان، بما في ذلك العوامل الثقافية وأدوار الرجال والنساء التي تتحكم في الوصول إلى مرافق المياه والإصحاح واستعمالها.
  - العدد المقدّر للسكان المتضررين والخصائص السكانية.
  - القدرات والموارد المحلية.
  - الفئات الأكثر عرضة للخطر التي تستلزم عناية خاصة.
  - الوصول إلى السكان المتضررين والقيود المفروضة على حرية حركتهم.
  - الجو السياسي والأمني والتشغيلي
  - الآثار المحتملة للعمليات المقترحة ووقعها على البيئة في الأجل الطويل.
- عند تصميم مرافق المياه والإصحاح، ينبغي مراعاة التهديدات الأمنية المحددة التي تواجهها الفئات الأكثر عرضة للخطر، وعلى الأخص النساء والفتيات.
- ينبغي إعداد تقرير عن نتائج الحصر الأولي يغطي مجالات العمل الإنساني الأساسية ويقدم توصيات مناسبة.
- ينبغي عرض استنتاجات الحصر الأولي على مجالات العمل الإنساني الأخرى وعلى السلطات الوطنية والمحلية والوكالات الإنسانية المشاركة في العملية وكذلك على ممثلي السكان المتضررين، نساء ورجالاً.

ملاحظات توجيهية

١- *إجراءات الحصر الأولي المقبولة دولياً:* أنظر دافيس ج. ولامبرت ر. (١٩٩٥)، وبيزيغان وتيلفورد (١٩٩٦).

٢- *التوقيت:* يُعد التوقيت أساس الحصر الأولي الذي ينبغي إجراؤه في أسرع وقت ممكن بعد وقوع الكارثة. وينبغي، في الوقت نفسه، تلبية الاحتياجات الأساسية للسكان المتضررين إذا لزم الأمر. وكقاعدة عامة، يستحسن إعداد تقرير الحصر خلال الأسبوع التالي للوصول إلى موقع الكارثة. غير أن ذلك يعتمد، بطبيعة الحال، على نوع الحدث والوضع العام.

٣- *المسؤولون عن إجراء الحصر الأولي:* ينبغي الاستعانة بأشخاص قادرين على جمع المعلومات من السكان المتضررين بكل فئاتهم بطريقة مقبولة اجتماعيا. كما ينبغي أن تولى أهمية خاصة لجنس هؤلاء الأشخاص ومعارفهم اللغوية. ويستحسن تحقيق توازن بين عدد الرجال والنساء المشاركين في أعمال الحصر.

٤- *إجراءات الحصر الأولي:* ينبغي أن يتفق المشاركون كافة على إجراءات الحصر الأولي قبل الشروع في عملهم الميداني، وينبغي أن تُسند مهام الحصر المحددة إلى كل منهم بناء على ذلك.

٥- *جمع المعلومات:* هناك أساليب عديدة لجمع المعلومات، ينبغي إيلاء عناية خاصة لاختيار أنسبها للحالة المعنية ولنوع المعلومات التي يراد جمعها. وينبغي، كقاعدة عامة، زيادة تواتر عمليات جمع المعلومات عندما تطرأ تغييرات سريعة في الوضع أو تطورات حاسمة، منها على سبيل المثال تنقلات جديدة للسكان أو تفشي مرض الإسهال. وإذا كان الحصر الأولي سريعاً وجزئياً أحياناً، فإن التحليل عادة ما يتحسن مع مرور الوقت ومع توفر المزيد من البيانات. وتمثل الاستعانة بالاستبيانات طريقة مفيدة للتأكد من تغطية كل المسائل المهمة التي يراد تحليلها. ويرد في المرفق ١ مثال لاستبيان يمكن أن يُستعان به لإجراء الرصد.

٦- *مصادر المعلومات:* يمكن استقاء المعلومات اللازمة لإعداد تقرير الحصر من الوثائق المتاحة والمراجع التاريخية ذات الصلة بالموضوع والبيانات التي كانت متاحة قبل حالة الطوارئ. كما يمكن جمع معلومات مفيدة

عن طريق الحوار مع الأشخاص المعنيين المطلعين، بمن فيهم المتبرعين وموظفي الوكالة الإنسانية المعنية وموظفي الدولة والأخصائيين المحليين وقادة المجتمع المحلي من النساء والرجال وكبار السن والعاملين في مجال الصحة المشاركين في العملية والمعلمين والتجار وغيرهم. كما يمكن أن تكون الخطط الوطنية أو الإقليمية للتأهب للكوارث مصدراً مهماً للمعلومات. ويمكن أيضاً للمناقشات العامة مع السكان المتضررين أن توفر معلومات مفيدة عن معتقدات السكان وتقاليدهم.

وينبغي شرح الأساليب المتبعة في جمع المعلومات وحدود التعويل عليها بوضوح. كما ينبغي الامتناع عن تقديم المعلومات بطريقة تعكس صورة مشوهة عن الوضع الفعلي.

٧- ***اعتبارات أساسية:*** ينبغي أن يراعي الحصر حقوق المتضررين من الكوارث المنصوص عليها في القانون الدولي. كما ينبغي مراعاة قضايا المنطقة الهيكلية والسياسية والأمنية والاقتصادية والسكانية والبيئية عند إجراء الحصر الأولي والتحليل. ولا بد أيضاً من مراعاة خبرة السكان المتضررين من الكوارث وآرائهم عند تحليل آليات حالة الطوارئ الجديدة ووقعها. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق الاستعانة بالخبرات والمعارف المحلية عند جمع البيانات، بالإضافة إلى تحليل الموارد والقدرات ومواطِن الضعف والاحتياجات القائمة. كما يجب أن يأخذ الحصر في اعتباره ظروف المعيشة الحالية للنازحين وغير النازحين في المنطقة بالإضافة إلى ظروف معيشتهم قبل حالة الطوارئ.

٨- ***الفئات المعرضة للخطر:*** يجب مراعاة احتياجات الفئات المعرضة لأخطار إضافية، كالنساء والفتيات والقاصرين غير المصحوبين بذويهم والأطفال والمسنين والمصابين بعجز. كما ينبغي الكشف عن الأدوار التي يسندها النظام الاجتماعي للرجال والنساء.

٩- ***استتباب الوضع:*** من الضروري التفكير في مرحلة ما بعد الكارثة وتحليلها عند إجراء الحصر الأولي، لكي تسهم عمليات تلبية الاحتياجات الفورية لضحايا الكارثة في مساعدة السكان المتضررين على استئناف حياتهم الطبيعية.

١٠- ***العلاقة مع السكان المضيفين:*** قد يثير توفير مرافق المياه والإصحاح للسكان النازحين استياء سكان المنطقة الأصليين، ولا سيما في المناطق

التي تكون فيها موارد المياه المتاحة شحيحة ويتعين تقاسمها مع الوافدين الجدد. ولتقليل احتمالات التوتر بين هاتين المجموعتين، يُستحسن استشارة السكان المضيفين والعمل على تحسين مرافق المياه والإصحاح القائمة، عند اللزوم. وعند تخطيط هذه المرافق، ينبغي أيضاً مراعاة الضغط الإضافي الذي يفرضه السكان النازحون على المرافق الأساسية والموارد المتاحة نتيجة لإقامتهم مع السكان المضيفين.

معيار التحليل رقم ٢: الرصد والتقييم

ينبغي رصد وتقييم أداء برنامج توفير الماء والإصحاح ومدى فعاليته في مواجهة المشاكل الصحية المرتبطة بالمياه والإصحاح، كما ينبغي رصد وتقييم التطورات في الوضع.

مؤشرات أساسية

- ينبغي جمع معلومات مفيدة للرصد والتقييم على وجه السرعة وتسجيلها وتحليلها بطريقة تلتزم بالدقة والمنطق والاتساق والوضوح.
- ينبغي وضع نظم تكفل جمع المعلومات بطريقة منهجية فيما يتعلق بالآتي:
  - استهلاك الماء
  - نقاء الماء
  - شبكة توزيع الماء وتشغيلها
  - استخدام مواقع توزيع الماء
  - استخدام المراحيض
  - أنشطة مكافحة نواقل الأمراض ومعالجة النفايات الصلبة ومياه الصرف.
- ينبغي مراقبة استخدام مرافق المياه والإصحاح ولوازمها.

- ينبغي مراقبة سبل الوصول إلى مرافق المياه والإصحاح والمشاكل الصحية المرتبطة بتوفير الماء والإصحاح التي يعاني منها السكان الذين يعيشون قرب موقع الطوارئ.
- ينبغي العمل على توفير ظروف أمنية مناسبة في مرافق المياه والإصحاح من أجل الفئات الأكثر عرضة للخطر، وعلى الأخص النساء والمراهقات.
- ينبغي استشارة السكان المتضررين، نساء ورجالاً وأطفالاً، بانتظام وإشراكهم في أنشطة رصد البرنامج.
- ينبغي رفع تقارير تحليلية منتظمة عن تأثير برنامج توفير الماء والإصحاح في السكان المتضررين. كما ينبغي إعداد تقارير عن تطورات الوضع وغيرها من العوامل التي قد تدعو إلى إدخال تعديلات على البرنامج.
- ينبغي وضع نُظم تُسّهل تبادل المعلومات بين البرنامج ومجالات العمل الإنساني الأخرى والسكان المتضررين والسلطات المحلية المعنية والمتبرعين وغيرهم، حسب الحاجة. وينبغي تبادل المعلومات بانتظام بين مجال توفير الماء والإصحاح ونظام جمع المعلومات الخاصة بميدان الصحة. (أنظر خدمات الصحة في الفصل ٥).
- ينبغي أن تبين أنشطة الرصد مدى فعالية البرنامج في تلبية احتياجات الفئات التي يستهدفها ضمن السكان المتضررين.
- ينبغي أن يجري تقييم البرنامج في ضوء الأهداف التي وضعها والحد الأدنى من المعايير المتفق عليها لقياس فعاليته ووقعه الإجماليين على السكان المتضررين.

ملاحظات توجيهية

١- ***استعمال معلومات الرصد:*** تتسم الطوارئ، بحكم طبيعتها، بالتقّلب والتغيّر المستمرين. وبالتالي، فإن من المهم الحصول على معلومات منتظمة عن آخر التطورات في الوضع لضمان مواكبة برنامج المساعدة لهذه التطورات. وينبغي أن تتضمن الدراسات والتقديرات المنتظمة للوضع كل المعلومات المستخلصة من الرصد المنتظم لبرنامج الإغاثة. وقد يلزم في بعض الظروف تغيير استراتيجية الإغاثة المتبّعة لضمان

تكييفها مع أهم التغييرات في الاحتياجات. أنظر المرفق ٤ للإطلاع على المراجع المقترحة بشأن الحصر الأولي والرصد والتقييم.

٢- ***التعاون مع مجالات العمل الإنساني الأخرى:*** يمكن استخدام المعلومات المستخلصة من عملية التقييم في نظام المعلومات الخاصة بالصحة (أنظر خدمات الصحة في الفصل ٥). كما يمكن استخدام هذه المعلومات في رصد برنامج توفير الماء والإصحاح وتقييمه اللذين يستلزمان تعاوناً وثيقاً مع مجالات العمل الإنساني الأخرى.

٣- ***استعمال المعلومات ونشرها:*** ينبغي أن تكون المعلومات التي يجري جمعها وثيقة الصلة ببرنامج المساعدة، أي ينبغي أن تكون مفيدة وقابلة للاستعمال فعلا. كما ينبغي توفيرها لمجالات العمل الإنساني والوكالات الإنسانية الأخرى وللسكان المتضررين حسب الحاجة. وينبغي أن تكون وسائل الاتصال المستعملة (أساليب النشر واللغة وما إلى ذلك) مناسبة للجمهور المستهدف.

٤- ***الأشخاص المعنيون بالرصد:*** عندما يستدعي الرصد استشارة السكان المتضررين، فإن من المستحسن إشراك الأشخاص القادرين على جمع المعلومات بطريقة مقبولة ثقافياً ضمن السكان المتضررين بمختلف فئاتهم، مع مراعاة تمثيل الجنسين بصفة خاصة والمهارات اللغوية لهؤلاء الأشخاص. كما ينبغي تشجيع النساء على المشاركة في هذه الأنشطة.

٥- ***استعمال المرافق:*** يمكن أن يتوقف مدى استعمال السكان للمرافق واللوازم المتاحة على عوامل مثل: أمن هذه المرافق ونوعيتها ومدى استجابتها لاحتياجات السكان وتقاليدهم. وعليه تُعد مراقبة مواقع توزيع الماء والمراحيض خطوة أساسية لضمان سلامة النساء والأطفال، إذ أن هذه الأماكن كثيراً ما تكون موقعا للعنف الجنسي. وينبغي معالجة الأسباب التي تؤدي إلى عدول البعض عن استعمال هذه المرافق عن طريق تكييفها بما يناسب احتياجاتهم مثلاً ؛ ومن الضروري أن تتضمن المشاورات التي تُنظم قبل إعداد البرنامج وأثناء تنفيذه، مناقشات مناسبة مع النساء اللاتي يواجهن قيوداً أكبر في استعمال هذه المرافق عادةً.

٦- ***التقييم:*** يعتبر التقييم جزءاً مهماً من التحليل. إذ يمكن بفضله قياس فعالية برامج المساعدة واستخلاص الدروس المناسبة للعمليات اللاحقة في مجال التأهب للكوارث والتخفيف من حدتها وفي مجال تقديم

المعونة أيضاً. كما أن التقييم يُشّجع على مساءلة المعنيين بتنفيذ البرنامج. ويشمل التقييم عمليتين متكاملتين:

أ) يضطلع موظفو الوكالة المعنية، في سياق العملية الأولى، بأجراء تقييم داخلي للبرنامج ضمن التحليل والاستعراض الاعتياديين للمعلومات المستخلصة من الرصد. ويجب أن تقوم الوكالة المعنية أيضاً، بتقييم فعالية كل البرامج التي تنفذها في ظل كارثة معينة أو أن تقارن البرامج التي تنفذها في ظروف مختلفة.

ب) في إطار العملية الثانية، يصبح التقييم، على عكس التقييم السالف الذكر، جزءاً من تقييم أوسع نطاقاً تقوم به الوكالات الإنسانية والجهات المانحة، ويمكن أن يُنفذ بعد انتهاء ذروة مرحلة الطوارئ مثلاً ؛ ومن المهم، عند إجراء عمليات التقييم، أن تكون الأساليب المتبعة والموارد المستعملة لإجرائها منسجمة مع برنامج المساعدة وطبيعته. كما أن من الضروري أن يبين تقرير التقييم المنهجية والإجراءات المتبعة لاستخلاص النتائج. وينبغي إطلاع المشتركين في العمل الإنساني، بمن فيهم السكان المتضررين، على نتائج هذا التقييم.

معيار التحليل رقم ٣: المشاركة

ينبغي أن تتاح للسكان المتضررين من كارثة معينة فرصة المشاركة في وضع برنامج المساعدة وتنفيذه.

مؤشرات أساسية

- ينبغي استشارة السكان المتضررين، نساءً ورجالاً، وإشراكهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بحصر الاحتياجات ووضع البرنامج وتنفيذه.
- ينبغي أن يتلقى السكان المتضررون من الكارثة، نساءً ورجالاً، معلومات عن برنامج المساعدة وأن تتاح لهم فرصة التعليق عليه أمام الوكالة الإنسانية المعنية.

ملاحظات توجيهية

١- *العدل:* من شأن مشاركة السكان المتضررين من الكوارث في اتخاذ القرارات وإعداد برنامج المساعدة وتنفيذه أن يسهم في ضمان فعالية ذلك البرنامج ومراعاته للجميع دون تمييز. وينبغي بذل جهود خاصة لضمان مشاركة النساء في إعداد البرنامج وتحقيق توازن بينهن وبين الرجال المشاركين في وضعه. وتجدر الإشارة إلى أن المشاركة في إعداد برنامج توفير توفير الماء والإصحاح يمكن أن يسهم في تعزيز شعور الأفراد بكرامتهم وقيمتهم رغم الشدائد، وأن يخلق شعورا بالانتماء إلى الجماعة يمكن أن يساعد على ضمان سلامة وأمن أولئك الذين يتلقون المساعدة وأمن المسؤولين عن تقديمها على حد سواء.

٢- *برامج توفير الماء والإصحاح:* يمكن إشراك الأشخاص المتضررين في برامج توفير الماء والإصحاح بطرق متعددة، كإشراكهم في أعمال فريق الحصر مثلاً وفي اتخاذ القرارات (كتحديد شروط استخدام المراحيض والاستحمام في ظروف تحفظ كرامة الأشخاص وراحتهم وأمنهم)، وإشراكهم أيضاً في نشر المعلومات، بما فيها المعلومات الخاصة بالعوامل الثقافية وبأدوار النساء والرجال التي تؤثر في طريقة استخدام هذه المرافق. كما يمكن أن يشارك الأشخاص المتضررون في تحديد المشكلات الأمنية القائمة.

٣- *لجان التنسيق:* تُسهم لجان التنسيق في ضمان مشاركة السكان في برنامج المساعدة. ولضمان تمثيل كل فئات السكان في هذه اللجان، ينبغي مراعاة الجنسين والسن والعرق والوضع الاجتماعي والاقتصادي. كما ينبغي أن يشترك فيها القادة السياسيون المعترف بهم وقادة المجتمع من النساء والرجال والقادة الدينيون. وينبغي الاتفاق على دور لجان التنسيق ووظائفها عند إنشائها.

٤- *التماس وجهات النظر والآراء:* يمكن إشراك الأشخاص المعنيين أيضاً عن طريق إجراء استطلاعات الرأي وتنظيم المناقشات، وذلك أثناء عمليات توزيع مساعدات الإغاثة وأثناء الزيارات المنزلية أو عند التصدي للمشاكل الشخصية. كما يمكن استخلاص معلومات مفيدة عن المعتقدات والتقاليد الثقافية من خلال تنظيم مناقشات عامة مع الأشخاص المتضررين.

٢- توفير الماء

الماء عماد الحياة. لا يمكن للإنسان، أينما كان، أن يستغني عنه لتغطية احتياجاته الحيوية إلى الشرب والطهي والمحافظة على النظافة الشخصية والمنزلية. وقد لا يتوفر الماء بكميات كافية لتلبية الاحتياجات الفسيولوجية الأساسية لضحايا الكوارث عندما تكون حالة الطوارئ في ذروتها. ويصبح توفير حد أدنى من الماء الصالح للشرب للبقاء على قيد الحياة أمراً حيوياً في مثل هذه الظروف. غير أن أهم المشاكل الصحية الناشئة عن عدم توّفر إمدادات مناسبة من المياه تعود في معظم الحالات إلى تعذر المحافظة على النظافة بسبب شحة المياه، كما تعود إلى استهلاك المياه الملوثة.

معيار توفير الماء رقم ١: الحصول على الماء وتحديد كميته

ينبغي أن يحصل جميع السكان المتضررين على كمية كافية من الماء الصالح للشرب والطهي والمحافظة على النظافة الشخصية والمنزلية. وينبغي أن تكون مواقع المياه العمومية قريبة من مآويهم بقدر كاف لكي يتاح لهم تلبية الحد الأدنى من احتياجاتهم إلى الماء.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يحصل كل شخص على ١٥ لتراً من الماء يومياً على الأقل.
- ينبغي أن يبلغ تدفق المياه في كل موقع من مواقع توزيعها ٠,١٢٥ لتراً في الثانية على الأقل.
- ينبغي توفير موقع واحد من مواقع توزيع الماء على الأقل لكل ٢٥٠ شخصاً.
- ينبغي ألا تتجاوز المسافة بين أي مسكن وأقرب موقع لتوزيع الماء ٥٠٠ متر.

معيار توفير الماء رقم ٢: نقاء الماء

ينبغي أن يكون الماء، في مواقع جمعه، مستساغاً ومتوفراً بكميات كافية لتلبية احتياجات السكان المتضررين إلى الشرب والمحافظة على النظافة الشخصية والمنزلية. وينبغي ألا يهدد استعماله في المدى القصير صحة السكان لما قد يحمله من أمراض أو نتيجة لتلوثه بمواد كيميائية أو إشعاعية.

مؤشرات أساسية

- ينبغي ألا يتجاوز تركيز البكتريا العضّوية ١٠ بكتريا لكل ١٠٠ مللتر عند مواقع توزيع توفير الماء غير المنقاة.
- ينبغي العمل على تقليل احتمالات التلوث بالفضلات بأقصى قدر ممكن.
- ينبغي معالجة الماء بمادة معقمة متبقية (ثمالية) ذات تركيز موّحد مقبول (ينبغي أن يتراوح تركيز الكلور الحر المتبقي في الماء عند الحنفيات بين ٠,٢ و٠,٥ ملغم لكل لتر مثلاً، وأن تقل عكرته عن ٥ وحدات نيفيلومترية) في الحالات التي يجري فيها توزيع هذه المياه على أكثر من ١٠ ٠٠٠ شخص عبر شبكة أنابيب. كما ينبغي معالجة كل إمدادات المياه عند ارتفاع احتمالات تفشي الإسهال.
- ينبغي ألا يتجاوز مجموع المواد الصلبة المتحللة في الماء ١٠٠٠ ملغرام في اللتر الواحد (نحو ٢٠٠٠ ميكروثانية/سم من درجة التوصيل الكهربائي للقياسات البسيطة للمجال). وينبغي أن يكون الماء مستساغا.
- ينبغي استبعاد أي ضرر بالصحة يلحقه تلوث مصدر الماء بمواد كيميائية أو إشعاعية (بما في ذلك بقايا المواد الكيميائية التي تم معالجة الماء بها) على أثر استعمال مصدر الماء لمدة قصيرة أو خلال المدة المحددة لاستعماله. وينبغي العمل على تقليل إمكانيات التعرض لمثل هذه الآثار الضارة بأقصى قدر ممكن.

معيار توفير الماء رقم ٣: مرافق ولوازم استعمال الماء

ينبغي إقامة مرافق مناسبة للسكان وتزويدهم باللوازم التي تمكنهم من جمع وتخزين واستعمال ما يكفي من الماء لتغطية احتياجاتهم إلى الشرب والطهي والمحافظة على نظافتهم الشخصية، ولضمان احتفاظ الماء بدرجة نقاء مناسبة حتى استهلاكه.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يُوَفر لكل أسرة وعاءان لجمع الماء تتراوح سعتهما بين ١٠ و٢٠ لتراً بالإضافة إلى أوعية لحفظ الماء سعتها ٢٠ لتراً. وينبغي أن تكون أوعية جمع الماء وحفظه ذات أعناق ضيقة أو ذات سدادات أو كليهما.
- ينبغي أن يحصل كل شخص على ٢٥٠ غراماً من الصابون شهرياً.
- عندما يلزم توفير مرافق مشتركة للاستحمام، يستحسن تخصيص عدد كاف من مقصورات الاستحمام للرجال والنساء وتنظيم مواعيد مقبولة لاستخدامها.
- إذا لزم توفير مرافق مشتركة لغسل الملابس، ينبغي أن يُوفَر لكل ١٠٠ شخص حوض واحد لغسل الملابس. وينبغي تخصيص أماكن محددة للنساء لغسل وتجفيف ملابسهن الداخلية.

ملاحظات توجيهية

١- ***الاحتياجات:*** تختلف الكميات المحددة من الماء اللازمة للأسر باختلاف المناخ ومرافق الإصحاح المتاحة وعادات الأشخاص الثقافية وطقوسهم الدينية وغذائهم وملبسهم وما إلى ذلك. وقد يلزم الحصول على كميات كبيرة من الماء في بعض الحالات لتغطية احتياجات إضافية، كاستخدامها في مراحيض الخزان التحليلي أو لتشغيل شبكة المجاري أو شبكة المدينة لتوزيع المياه أو استخدامها لإرواء حيوانات تشكل عماد حياة السكان المتضررين من الكارثة ورفاههم. والواقع أن المعايير الدنيا لتوفير الماء والإصحاح لا تحدد كمية الماء اللازمة لتغطية هذه الاحتياجات وبالتالي، ينبغي عند اللزوم، إضافة هذه الكميات إلى الحد الأدنى المطلوب لتغطية الاحتياجات الأساسية للأسر. كما لا تشمل المعايير الدنيا كميات الماء

اللازمة لمراكز الصحة ومراكز العلاج بالتغذية ودور الأيتام وغير ذلك، وينبغي في هذه الحالة أيضاً إضافة تلك الكميات إلى الحد الأدنى المطلوب. أنظر المرفق ٢ للحصول على إرشادات بشأن كمية الماء الإضافية اللازمة.

٢- ***جودة الماء من الناحية الميكروبايولوجية:*** يعود سبب انتقال عدوى الأمراض التي تنتقل عن طريق الماء، في معظم حالات الطوارئ، إلى نقص كميات الماء اللازمة لتأمين النظافة الشخصية والمنزلية كما يعود إلى تلوث إمدادات المياه. وعليه ينبغي مراعاة خطر ارتفاع احتمالات الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الماء بسبب إمدادات المياه وغيرها من مصادر المياه التي يمكن أن يستعملها الأشخاص المتضررون، عند تطبيق معايير جودة الماء من الناحية الميكروبايولوجية في حالات الطوارئ. وفيما يتعلق بتوفير الماء في الأجل الطويل، يمكن الإطلاع على المرجع التالي باللغة الانجليزية WHO guidelines for drinking water quality 1984 *(المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية لضمان جودة الماء الصالح للشرب (١٩٨٤))*.

٣- ***تطهير الماء:*** ينبغي معالجة الماء بمطهرات ثمالية (متبقية) كالكلور إذا كان احتمال تلوث مصدر المياه مرتفعاً أو إذ كانت المياه قد تلوثت بالفعل بعد حصول الأشخاص المتضررين عليها. وتتوقف احتمالات تلوث المياه على ظروف المستقَر البشري، ككثافته السكانية والترتيبات المتخذة فيه للتخلص من الفضلات وقواعد النظافة المتبعة ومدى انتشار الأمراض التي تنتقل عن طريق الماء فيه. وينبغي، كقاعدة عامة، معالجة إمدادات المياه التي توزع بواسطة شبكة من الأنابيب على مجموعة واسعة وكثيفة من السكان بمادة معقمة ثمالية كالكلور. وإذا خشي أن ينتشر الإسهال أو إذا تفشى بالفعل، ينبغي معالجة كل إمدادات مياه الشرب قبل توزيعها، أو ينبغي تطهيرها في المآوي.

٤- ***التلوث بالمواد الكيميائية أو الإشعاعية:*** عندما تفيد التقارير أو المعلومات الهيدرولوجية والجيولوجية أو تلك المتعلقة بالنشاط الصناعي، بأن إمدادات المياه يمكن أن تطرح مخاطر كيميائية أو إشعاعية على الصحة، يتعين عندئذ تقييم هذه المخاطر على وجه السرعة. ثم ينبغي اتخاذ قرار يوازن بين المخاطر التي يطرحها استعمال هذه المياه على الصحة العامة في الأجل القصير من ناحية، والفوائد

المستخلصة من استعمالها، من ناحية أخرى. ولا ينبغي اتخاذ أي قرار بشأن الاستعمال الطويل الأجل لمياه قد تكون ملوثة إلا بعد إجراء تقييم ودراسة أكثر تعمقا للوضع. وفيما يتعلق بتوفير إمدادات المياه في الأجل الطويل، يرجى الإطلاع على *«المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية لضمان جودة الماء الصالح للشرب»* (١٩٨٤).

٥- ***المذاق:*** إن مذاق الماء لا يطرح، بطبيعة الحال، أي مشكلة على الصحة. ولكن، إذا لم يتقبّل المستهلكون مذاق الماء الصالح للشرب، فقد يدفعهم ذلك إلى اختيار مصدر آخر للماء قد لا يكون سليماً، مما يعّرض صحتهم إلى الخطر. ويمكن أن يطرح الماء المعالج بالكلور نفس المشكلة. وتجدر الإشارة إلى أن المذاق يتوقف على ما اعتاد عليه المستهلك. وبالتالي ينبغي التحقق من هذا الجانب في الميدان لمعرفة ما إذا كان مذاق الماء مستساغاً أم لا، ولمعرفة ما إذا كان يلزم تنظيم حملات لتوعية السكان المتضررين أم لا لضمان استخدامهم لمصادر الماء السليمة فقط.

٦- ***جودة الماء الذي تزود به مراكز الصحة:*** تحتاج مراكز الصحة إلى كميات محدودة من الماء بدرجة عالية من النقاء لبعض الأجهزة الطبية. وعادة ما تستخدم هذه المراكز نفس الماء الذي يوّفر للسكان عموماً، إلا في الحالات التي يكون فيها تركيز بعض المواد الكيميائية في الماء مرتفعاً جداً. غير أن ارتفاع نسبة الجراثيم في مراكز الصحة، وحساسية بعض المرضى، يستلزمان تطهير الماء بالكلور أو غيره من المطهرات الثمالية، كما يستلزمان تصميم معدات لحفظ الماء واستعماله بطريقة تكفل حمايته من أي تلوث. ويمكن أن يتأثر صغار الأطفال بدورهم من بعض الملوثات الكيميائية، ولذا يستحسن استشارة العاملين في الميدان الطبي بهذا الخصوص.

٧- ***الجودة والكمية:*** يعتبر الاهتمام بكمية الماء المتاحة وجودته أمراً أساسياً في كل حالات الطوارئ. وبانتظار تحقيق المعايير الدنيا فيما يتعلق بكمية المياه وجودتها، ينبغي إعطاء الأولوية لحصول الجميع، بشكل عادل، على كمية كافية من المياه المتوسطة الجودة بدلا من توفير كمية غير كافية من المياه التي تلبي معيار الحد الأدنى للجودة. وإذا كانت هناك شكوك فعلية بشأن جودة المياه من الناحية الميكروبيولوجية، وجب إعطاء الأولوية لمعالجتها بمادة مطهرة ثمالية لتحسين جودتها.

٨- ***توزيع الماء بشكل عادل:*** قد يلزم اتخاذ تدابير إضافية فيما يتعلق بتوزيع الماء لضمان حصول الجميع عليه بشكل منصف، وذلك حتى لو توفر بكميات كافية لتلبية الحد الأدنى من احتياجات السكان المتضررين. ويستحسن أن تكون مواقع توزيع الماء قريبة من المآوي بالقدر الكافي لكي يسهل على الأشخاص المتضررين حمل ما يكفي منه لتغطية احتياجاتهم الأساسية. أما في المناطق الحضرية، فقد يلزم توصيل الماء إلى كل مبنى لضمان استمرار تشغيل المراحيض. وقد يلزم أيضاً تحديد حصة كل فرد من الماء لضمان تلبية الاحتياجات الأساسية للجميع. وإذا تم تحديد حصص من الماء لكل فرد أو ضخه في فترات محددة، فينبغي أن يكون هذا التوقيت مناسباً للنساء وغيرهم ممن يتحملون مسؤولية جلبه. وينبغي إبلاغ السكان المتضررين، نساء ورجالاً، بحقهم في هذه الحصص. كما ينبغي إشراكهم في الإشراف على التوزيع العادل للماء.

٩- ***جمع الماء وحفظه:*** ينبغي أن يحصل الأشخاص على أوعية لجمع الماء وحفظه واستعماله لغسل الملابس والطهي والاستحمام. وينبغي أن تكون هذه الأوعية نظيفة ومناسبة ـــ من حيث حجمها وشكلها وتصميمها ـــ لتلبية الاحتياجات واحترام التقاليد المحلية.

١٠- ***الحمامات العامة والمرافق المشتركة لغسل الملابس:*** قد يلزم إنشاء حمامات عامة إذا تعذر توفير حمام في كل مأوى. وينبغي أن تُخصص في هذه الحمامات أماكن يمكن أن يختلي فيها الأشخاص للاستحمام. وهناك عدد من الأعمال اليومية الأساسية التي يقوم بها السكان المتضررون للمحافظة على النظافة، وبصفة خاصة نظافة الأطفال، كغسل الملابس والأواني والصحون. ومن الصعب، بطبيعة الحال، وضع معايير عالمية لتنظيم مثل هذه الأعمال. ولكن، يمكن مع ذلك توفير مرافق مناسبة تتيح للسكان الاضطلاع بهذه الأنشطة. ويستحسن تصميم هذه المرافق وتحديد عددها وموقعها بالتشاور مع مستعمليها المحتملين، وعلى الأخص النساء والفتيات منهم، اللاتي ينبغي التماس رأيهن لضمان أمن هذه المرافق وملاءمتها لمستخدميها جميعاً ولهن بوجه خاص. فما من شك في أن موقع هذه المرافق يمكن أن يؤدي إلى زيادة فرص الاعتداء على مستعمليها من الإناث إذا كانت بعيدة عن مركز المستوطنة، شأنها شأن المراحيض.

٣- التخلص من الفضلات

يعتبر التخلص من الفضلات البشرية بشكل مناسب، أول خطوة في مجال مكافحة تفشي الأمراض التي تنشأ عن الفضلات، ويساعد على الحد من انتشار الأمراض بالطرق المباشرة وغير المباشرة. ولذا، ينبغي مباشرة أعمال التخلص من الفضلات بأقصى سرعة وجهد ممكنين في معظم حالات الطوارئ، شأنها شأن توفير الماء. إذ يعتبر توفير مرافق مناسبة للتغوط، واحداً من أهم الإجراءات العاجلة الضرورية لحفظ كرامة الناس وأمنهم وصحتهم وراحتهم.

معيار التخلص من الفضلات رقم ١: عدد المراحيض والوصول إليها

ينبغي أن يحصل الناس على عدد كاف من المراحيض، وينبغي أن تكون قريبة من مساكنهم لضمان الوصول إليها بسرعة وأمان وفي ظروف مقبولة في كل أوقات الليل والنهار.

مؤشرات أساسية

- ينبغي تخصيص مرحاض واحد على الأقل لكل ٢٠ شخصاً.
- ينبغي تنظيم اشتراك الأسر أو الرجال والنساء في استخدام المراحيض.
- ينبغي ألا تبعد المراحيض عن المساكن أكثر من ٥٠ متراً أو أن لا يستغرق الوصول إليها سيراً أكثر من دقيقة.
- ينبغي توفير مراحيض منفصلة للرجال والنساء في الأماكن العامة (كالأسواق ومراكز التوزيع ومراكز الصحة وما إلى ذلك).

معيار التخلص من الفضلات رقم ٢: التصميم والبناء

ينبغي تصميم وبناء وصيانة مراحيض مريحة ونظيفة يمكن للسكان استعمالها بأمان.

مؤشرات أساسية

- ينبغي استعمال مواصفات تقنية مناسبة لتصميم وبناء كل أشكال المراحيض العائلية والعامة، تحظى بموافقة مستخدميها المحتملين.
- ينبغي تنظيم أنشطة تنظيف المراحيض العامة وصيانتها بشكل منتظم.
- ينبغي تصميم وبناء المراحيض واختيار موقعها بطريقة تكفل مراعاة المواصفات التالية:
  - يسهل المحافظة على قدر معقول من النظافة فيها بما يؤمن استعمالها وعدم تعريض صحة مستخدميها للخطر.
  - يسهل على جميع فئات السكان، بمن فيهم الأطفال والمسنين والنساء الحوامل والأشخاص المصابين بعجز بدني أو عقلي، الوصول إليها واستخدامها.
  - تُضاء ليلا إذا لزم الأمر لضمان الأمن والراحة.
  - تكون مرافق غسل اليدين قريبة منها.
  - تُقلَل احتمالات تكاثر الذباب والبعوض فيها إلى أقصى حد.
  - تتاح فيها إمكانية تخلص النساء من حفاظاتهن الصحية أو توفر لهن إمكانية الاختلاء لغسل وتجفيف حفاظاتهن الشخصية.
  - تتيح إمكانية الاختلاء بما يراعي عادات مستعملي المرافق.
- ينبغي أن تقع المراحيض والحُفَر الترشيحية، أياً كان نوع التربة، على بعد٣٠ مترا على الأقل من أي مصدر من مصادر المياه الجوفية. وينبغي ألا تقل المسافة التي تفصل قاع أي مرحاض عن مستوى المياه الجوفية

عن متر ونصف المتر. وينبغي ألا تتسرب مياه صرف المراحيض أو تطفح باتجاه مصادر المياه السطحية أو مصادر المياه الجوفية غير العميقة.

- ينبغي تزويد الأشخاص بالأدوات والمواد اللازمة لبناء مراحيضهم الخاصة وصيانتها وتنظيفها حيثما أمكن.

ملاحظات توجيهية

١- ***مرافق مقبولة:*** لضمان نجاح برامج التخلص من الفضلات، لا بد أولا من فهم مختلف احتياجات الأشخاص المتضررين وإشراكهم في تخطيط مرافق قد لا تكون مألوفة لهم وقد لا تجذبهم أو قد يصعب عليهم استخدامها. ولذا ينبغي مراعاة ما يفضله المستخدمون المزمعون، كما ينبغي استشارة النساء وغيرهم من أفراد السكان عند تصميم المراحيض واختيار موقعها وبنائها.

٢- ***غائط الأطفال:*** ينبغي إيلاء عناية خاصة لغائط الأطفال الذي عادة ما يكون أخطر من غائط الكبار. وينبغي توعية الأبوين ومقدمي الرعاية بذلك، كما ينبغي أن يؤخذ الأطفال في الاعتبار عند تصميم المرافق وتركيبها. وقد يلزم تزويد الأبوين ومقدمي الرعاية بمعلومات بشأن طريقة التخلص من غائط الأطفال وحفاظاتهم وغسلها بطريقة آمنة.

٣- ***النظافة الشرجية:*** ينبغي توفير الماء لمن يستعملونه لهذا الغرض. وقد يلزم توفير الورق أو مادة أخرى للنظافة الشرجية. وينبغي استشارة مستعملي المرافق في هذا الخصوص لتزويدهم بما يناسبهم.

٤- ***غسل اليدين:*** ينبغي أن تتاح لمستعملي المرافق وسائل غسل أيديهم بالصابون أو ما يحل محله بعد التغوط، وينبغي تشجيعهم على غسل أيديهم عند اللزوم. فيعد غسل اليدين من أهم وسائل الوقاية من انتشار الأمراض.

٥- ***الحيض:*** ينبغي تزويد النساء والشابات في سن الإنجاب بالمواد المناسبة لامتصاص دم الحيض والتخلص منه. وإذا كانت الوكالة المعنية هي التي توفر مثل هذه المواد، وجب عندها استشارة النساء لمعرفة ما يناسبهن من مواد. وفي الحالات التي تستعمل فيها النساء أقمشة لهذا

الغرض وتقمن بغسلها وتجفيفها لإعادة استعمالها، ينبغي أن يخصص لهن مكان محدد للقيام بذلك بشكل يراعي قواعد النظافة.

٦- ***مراحيض نظيفة:*** قد تتحول المراحيض، إذا لم يجر المحافظة على نظافتها، إلى بؤرة لانتشار الأمراض مما يمكن أن يؤدي إلى عدول الأشخاص عن استعمالها. ولذا، لا بد من تنظيف كل أنواع المراحيض وصيانتها بانتظام. وتزداد محافظة المستخدمين على نظافة المراحيض إذا شعروا أن المحافظة على نظافتها هي مسؤوليتهم. ولتحقيق ذلك، ينبغي أن تكون المراحيض قريبة من مضاجعهم. كما ينبغي تفادي بناء مرافق كبيرة الحجم. ويستحسن إشراك المستخدمين في القرارات التي تُتخذ بشأن التصميم والبناء.

٧- ***المرافق العامة:*** ليس في الإمكان دائماً توفير مرحاض واحد لكل عشرين شخصاً أو لكل أسرة في أعقاب الكارثة مباشرة. ولذا، فعادة ما يجري بناء مرافق عامة في المراحل الأولى للكارثة. ويمكن إشراك مستخدميها في تأمين الوصول إليها والمشاركة في اتخاذ القرارات بشأن تحديد فئات المستخدمين وتنظيم استخدامها والاضطلاع بمسؤولية تنظيفها. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى فصل مراحيض الرجال عن مراحيض النساء أو اشتراك عدة أسر في مرحاض واحد. ويمكن تغيير ترتيبات استعمال المراحيض كلما زاد عدد المراحيض المتاحة. وقد يلزم، في بعض الحالات، توفير المراحيض العامة لجزء من السكان أو كلهم وتنظيفها وصيانتها. ومن المهم توفير عدد كاف من المراحيض يكون كل شخص على علم بموقعها وقادراً على الوصول إليها عند الضرورة.

٨- ***المسافة التي تفصل المراحيض عن مصادر الماء:*** يمكن زيادة المسافة المذكورة أعلاه إذا كانت الأرض صخرية ذات صدوع أو كلسية، ويمكن تقليل هذه المسافة إذا كانت التربة ناعمة. ويستحسن ترك مسألة تلوث المياه الجوفية جانبا في حالة عدم استهلاك هذه المياه.

٩- ***الأمن:*** من المهم مراعاة أمن الأشخاص الذين يستخدمون مرافق الإصحاح، ولا سيما النساء والفتيات، وذلك في المستقرات المكتظة بالسكان بصفة خاصة. فالمراحيض البعيدة عن المناطق السكنية وذات الإضاءة السيئة، تزيد من خطر تعرض النساء والفتيات إلى الاعتداءات.

٤- مكافحة نواقل الأمراض

تعتبر الأمراض التي تسببها نواقل الأمراض من أهم أسباب الإصابة بالأمراض والوفيات في العديد من حالات الطوارئ. ولا شك في أن مرض الملاريا هو من أكثر الأمراض التي تنقلها الحشرات إثارة للقلق لما تمثله من خطر على الصحة العامة. إلا أن هناك المزيد من الأمراض التي يمكن أن تمثل بدورها خطراً كبيراً على الصحة. فللذباب مثلاً دور مهم في انتشار أمراض الإسهال. ولمكافحة الأمراض التي تنقلها الحشرات والقوارض، لا بد من بذل جهود على عدة جبهات، من جملتها: خدمات الصحة، المأوى، اختيار الموقع وتخطيطه وخدمات الصحة البيئية بما فيها توفير الماء والتخلص من الفضلات ومعالجة النفايات الصلبة والصرف الصحي. وعلى الرغم من الطبيعة المعقدة للأمراض التي تنقلها نواقل الأمراض ومن أن معالجة المشاكل المرتبطة بها كثيراً ما تتطلب استشارة أخصائيين، فهناك الكثير من الإجراءات البسيطة والفعالة التي يمكن اتخاذها لمكافحتها بعد أن يتم تحديد المرض والحشرة المسؤولة عن نقله وعلاقتهما بالسكان المستفيدين من المساعدة.

وبالرغم من أن ما يدعى بالحشرات الضارة، كبق الفراش، لا تشكل مصدر قلق أساسي للصحة العامة، فبوسعها أن تكون مصدر إزعاج كبير وأن تسبب الأرق، وكثيراً ما تستحق الاهتمام لما لها من أثر غير مباشر على الصحة.

معيار مكافحة نواقل الأمراض رقم ١: حماية الفرد والأسرة

ينبغي تزويد الناس بالوسائل الكفيلة بحماية أنفسهم من نواقل الأمراض والحيوانات الضارة عندما تمثل خطراً ملموساً على صحتهم وراحتهم.

مؤشرات أساسية

- ينبغي توفير مآوٍ مجهزة بلوازم مكافحة الحشرات لكل مجموعات السكان المعرضة لخطر الإصابة بأمراض تنقلها الحشرات والقوارض.

- ينبغي مكافحة القمل البشري حسب معيار متفق عليه، حيثما ظهرت بوادر انتشار التيفوس أو الحمى الراجعة اللذين يسببهما القمل.

معيار مكافحة نواقل الأمراض رقم ٢: تدابير الحماية المادية والبيئية والكيميائية

ينبغي التحكم في عدد نواقل الأمراض والحيوانات الضارة التي تهدد صحة الأشخاص وراحتهم بحيث لا يتجاوز الحدود المقبولة.

مؤشرات أساسية

- ينبغي توطين مجموعات السكان الأكثر عرضة للخطر خارج مناطق انتشار الملاريا.
- ينبغي العمل على ألا يتجاوز البعوض الذي ينقل مرض الملاريا نسبة معينة لتفادي الارتفاع المفرط في عدد الإصابات بالمرض.
- ينبغي القضاء على مواقع تناسل وتجمع البعوض عند الضرورة وكلما أمكن.
- ينبغي التحكم في عدد الجرذان والذباب وغيرها من الحيوانات الضارة بحيث لا يتجاوز عددها نسبا مقبولة.
- ينبغي تكثيف مكافحة الذباب في المستقرات المكتظة بالسكان في حال انتشار الإسهال أو احتمال انتشاره.

معيار مكافحة نواقل الأمراض رقم ٣: الممارسات السليمة في مجال استعمال الأساليب الكيميائية لمكافحة نواقل الأمراض

ينبغي الالتزام بالمعايير الدولية المتفق عليها عند استخدام مبيدات الحشرات ضمن تدابير مكافحة نواقل الأمراض، وذلك لضمان حماية الموظفين والسكان المتضررين من الكارثة والبيئة المحلية بشكل مناسب ولتفادي خلق مقاومة لمبيدات الحشرات.

مؤشرات أساسية

- ينبغي حماية الموظفين عن طريق تدريبهم وتزويدهم بملابس واقية وتتبّعهم وتحديد عدد الساعات التي يجوز لهم خلالها استعمال مبيدات الحشرات.
- ينبغي الالتزام بالمعايير الدولية عند شراء مبيدات الحشرات ومعدات رشها، ونقلها وتخزينها واستعمالها. وينبغي أن تكون الجهات المعنية قادرة على الإبلاغ باستعمالاتها في أي وقت.
- ينبغي إبلاغ الأشخاص المعنيين بالمخاطر المحتملة التي تنطوي على استعمال مبيدات الحشرات وإبلاغهم بمواعيد رشها. كما ينبغي أن توفر لهم وسائل الحماية أثناء رش المبيدات وبعده وفقاً لإجراءات متفق عليها عالمياً.
- ينبغي اختيار مبيدات الحشرات وأسلوب رشها طبقاً للبروتوكولات القطرية والدولية.
- ينبغي أن تكون نوعية مبيدات الحشرات والمواد المستعملة في الناموسيات مطابقة للمعايير الدولية.

ملاحظات توجيهية

١- ***العلاقة بمجالات العمل الإنساني الأخرى:*** يلعب اختيار الموقع دوراً مهماً في الحد من خطر تعرض السكان للأمراض التي تسببها نواقل الأمراض. وعليه، فإن أحد أهم الأسئلة التي ينبغي طرحها عند اختيار مواقع محتملة لإقامة المستقرات هو مدى انتشار احتمالات الإصابة بأمراض من هذا النوع فيها. ويمكن أن تساعد أنشطة خدمات الصحة على الحد من انتشار الجراثيم من خلال ما توفره من علاج فعلي أو تطعيم أو وقاية. وينبغي مكافحة الأمراض التي تنقلها نواقل الأمراض إلى جانب الأنشطة الجارية في مجالات الصحة وتوفير الماء والإصحاح. ويمكن لكل من خدمات الصحة وبرامج التغذية أن تساعد على الحد من انتشار الأمراض التي تسببها نواقل الأمراض، لما لها ن آثار إيجابية على الصحة العامة والوضع الغذائي.

٢- ***تعريف احتمال الإصابة بالأمراض التي تسببها نواقل الأمراض:*** ينبغي أن تستند القرارات المتعلقة بعمليات مكافحة نواقل الأمراض إلى تقييم

ارتفاع احتمالات الإصابة بالأمراض وكذلك إلى برهان سريري يثبت تفشي مرض تسببه نواقل الأمراض. ومن جملة العوامل التي تؤثر في احتمال الإصابة بالأمراض هناك:

- حالة المناعة: التعرض المسبق للأمراض والإجهاد الغذائي وغيره من أشكال الإجهاد.
- نوع مسبب المرض وانتشاره في كل من الإنسان والحيوانات التي تنقل المرض.
- فصيلة ناقل المرض وبيئته.
- عدد نواقل الأمراض (موسم التكاثر ومواقع التكاثر وما إلى ذلك).
- تدابير الحماية والوقاية الشخصية المتاحة.

٣- ***إجراءات الحماية الشخصية:*** عندما ترتفع احتمالات انتشار الملاريا، يُنصح بتزويد الأفراد بوسائل للحماية الشخصية كالناموسيات المشبعة بمواد مكافحة البعوض وذلك في المراحل المبكرة من الكارثة. وللناموسيات المشبعة بالمبيدات ميزة أخرى هي توفير حماية إضافية من بق الفراش والبرغوث. وهناك إجراءات مفيدة أخرى للحماية الشخصية يستعملها عادة الأشخاص الذين يعيشون في مناطق يكثر فيها البعوض، منها على سبيل المثال، ارتداء الملابس الطويلة الأكمام وتطهير المنازل بمبيدات كيميائية تبخيرية واستعمال الناموسيات ومستحضرات إبعاد الحشرات. ومن المهم إقناع المستفيدين بقبول إجراءات الحماية الشخصية المذكورة واستعمالها إذا أريد لها أن تكون فعالة حقاً.

٤- ***مكافحة نواقل الأمراض بيئياً وكيميائياً:*** هناك عدد من تدابير الهندسة البيئية الأساسية التي يمكن تطبيقها لتقليل فرص تكاثر نواقل الأمراض في المستقرات البشرية. ومن جملة هذه التدابير: التخلص من غائط البشر وروث الحيوانات ونفاياتهم لمكافحة الذباب، وصرف المياه الراكدة لمكافحة البعوض. وعادة ما تؤثر معظم إجراءات الصحة البيئية التي تتخذ من باب الأولوية (كالتخلص من الغائط والنفايات) في أعداد بعض نواقل الأمراض ولكن ليس جميعها. وقد يتعذر، حتى في الأجل الطويل، التأثير بشكل ملموس في مواقع تكاثر الحشرات وتغذيتها وتجمعها داخل المستقرات وبالقرب منها، وبالتالي

فقد يلزم استخدام مواد كيميائية لمكافحتها في أماكن معينة أو استعمال وسائل الحماية الشخصية. ويمكن أن يكون رش المبيدات فعالاً في تقليلٍ عدد الحشرات البالغة في بعض الحالات. ويمكن استعمالها مثلاً لتقليل أعداد الذباب في حالات تفشي الإسهال أو توقع انتشاره.

٥- ***استخدام مبيدات الحشرات في المنازل وفي مكافحة قمل الإنسان:*** من شأن استعمال مبيدات الحشرات الثمالية في المآوي أن يسهم في مكافحة انتشار الملاريا بشكل فعال. ويمكن تفادي التيفوس والحمى الراجعة اللذين ينقلهما القمل عن طريق مكافحة قمل الإنسان، وذلك بتنظيم حملات عامة لمكافحة القمل، أو عند وصول موجات جديدة من النازحين إلى المستقرات.

٦- ***مؤشرات لبرامج مكافحة نواقل الأمراض:*** يمثل إحصاء حالات الإصابة بالأمراض وعدّ الطفيليات (للملاريا) أبسط مؤشرين لقياس أثر معظم أنشطة مكافحة نواقل الأمراض. غير أن هذين المؤشرين يفتقران إلى الدقة وينبغي استعمالهما بكثير من الحذر وتفسيرهما في ضوء اعتبارات أخرى.

٧- ***تنظيم برامج مكافحة نواقل الأمراض:*** يمكن أن تفشل برامج مكافحة نواقل الأمراض في الحد من انتشار الأمراض لعدة أسباب منها: أنها لم تستهدف ناقل المرض المعني، أو أنها لم تستخدم أساليب فعالة لتحديده، أو أنها استهدفت ناقل المرض المعني ولكن ليس في المكان أو الوقت الصحيح. ويمكن الاستعانة بالمعلومات الخاصة بميدان الصحة للكشف عن المشاكل المتعلقة بنواقل الأمراض ورصدها. وإذا أريد تنظيم برامج فعالة في هذا المجال، فلا بد من إجراء دراسة أكثر تعمقا والتماس مشورة خبراء في هذا المجال في أغلب الأحوال. وينبغي مناقشة تلك المشورة مع منظمات الصحة المحلية والدولية لضمان الالتزام بالبروتوكولات القطرية والدولية عند تحديد الاستجابة المناسبة المطلوبة وضمان اختيار المواد الكيميائية المناسبة واستخدامها بشكل صحيح. كما ينبغي التماس المشورة المحلية فيما يتعلق بالأمراض المتوّطنة ومواقع تكاثر الحشرات والاختلافات الموسمية في أعداد نواقل الأمراض وما إلى ذلك.

٥- معالجة النفايات الصلبة

يعتبر التخلص من النفايات العضوية الصلبة أمراً في غاية الأهمية لتفادي المخاطر التي يمثلها تكاثر الذباب والجرذان (انظر مكافحة نواقل الأمراض) وتلوث المياه السطحية. وما من شك في أن عدم التخلص من النفايات الصلبة وتراكمها بالإضافة إلى تراكم الحطام الناجم عن كارثة طبيعية أو نزاع، يؤدي إلى تشويه البيئة ويسهم في تدهورها ويُحبط بالتالي أي رغبة في تحسين جوانب الصحة البيئية الأخرى. كما يمكن أن يؤدي عدم التخلص من النفايات الصلبة إلى سدّ قنوات الصرف وأن يسبب بالتالي مشكلات صحية بيئية نتيجة لتجّمع المياه السطحية الراكدة وتلوثها.

معيار معالجة النفايات الصلبة رقم ١: جمع النفايات الصلبة والتخلص منها

ينبغي أن يعيش الأشخاص المتضررون في بيئة خالية من أي تلوث ملموس ناجم عن النفايات الصلبة، بما فيها النفايات الطبية.

مؤشرات أساسية

- ينبغي إزالة النفايات المنزلية من المستقرات أو طمرها في الموقع قبل أن تتحول إلى مصدر ضيق أو خطر على الصحة.
- يجب أن تكون المنطقة السكنية أو الأماكن العامة خالية دائماً من أي نفايات طبية ملوثة أو خطيرة (كالإبر والزجاج والضمادات والعقاقير وغيرها).
- ينبغي تصميم وبناء وتشغيل المحارق ذات الحفر العميقة لجمع الرماد ضمن حدود كل مرفق من المرافق الصحية.

- ينبغي إقامة حفر أو تخصيص حاويات أو مناطق محددة في الأسواق والمسالخ لجمع النفايات. كما ينبغي تطبيق نظام لجمعها يومياً.
- ينبغي التخلص من النفايات الصلبة نهائياً في مكان وبطريقة يضمنان تفادي المشكلات الصحية والبيئية.

معيار معالجة النفايات الصلبة رقم ٢: حاويات/ حُفَر النفايات الصلبة

ينبغي أن تتاح للسكان إمكانيات التخلص من نفاياتهم المنزلية بشكل مناسب وفعال.

مؤشرات أساسية

- ينبغي ألا يبعد أي مسكن أكثر من ١٥ متراً عن حاوية جمع النفايات أو حفرة جمع القمامة المنزلية، أو أكثر من ١٠٠ متر عن حفرة النفايات المشتركة.
- ينبغي توفير حاوية للنفايات تبلغ سعتها ١٠٠ لتر لكل ١٠ أسر في الحالات التي لا تطمر فيها النفايات المنزلية في الموقع.

ملاحظات توجيهية

١- ***نوع النفايات وكميتها:*** تختلف مكونات النفايات وكميتها باختلاف مستقرات الطوارئ، ويرجع ذلك إلى مستوى النشاط الاقتصادي في المستقرات ونوعه والأغذية الأساسية المستهلكة فيها. ولا بد من تقييم مدى تأثير النفايات الصلبة في صحة السكان تقييماً منطقياً قبل تحديد التدابير اللازمة لمعالجتها ونوع هذه التدابير. وإذا كانت مجموعة السكان المعنية قد اعتادت على تحويل النفايات لاستخدامات جديدة، فينبغي في هذه الحالة تشجيعهم على القيام بذلك بعد التأكد من أن مثل هذه الممارسات لا تشكل خطراً ملموساً على الصحة. وللتقليل من كمية النفايات الصلبة، يستحسن تفادي توزيع السلع ذات الأغلفة الكثيرة.

٢- ***المشاركة:*** تعتمد معظم برامج معالجة النفايات الصلبة على مشاركة السكان المعنيين في وضع نفاياتهم في الحاويات المتاحة لهذا الغرض أو طمرها حيثما كان ذلك مناسباً. وينبغي توعية الآباء والأطفال بمخاطر اللعب بالنفايات الطبية أو تحويلها لاستخدامات جديدة.

٣- ***النفايات الطبية:*** ينبغي اتخاذ تدابير خاصة فيما يتعلق بالنفايات الطبية. فيتعين التخلص منها ضمن المرفق الطبي ومركز عزل المصابين بالكوليرا ومركز التغذية وغيرها من المرافق. كما يجب تفادي خلط النفايات الطبية بالنفايات العامة للمستقرات. وينبغي تحديد من تقع عليهم مسؤولية التخلص منها تحديداً واضحاً.

٤- ***نفايات السوق:*** يمكن معالجة معظم نفايات السوق بالطريقة نفسها التي تعالج بها النفايات المنزلية. أما المسالخ، فقد تلزمها مرافق خاصة تُسّهل التخلص من النفايات السائلة وتضمن سلخ الحيوانات في ظروف تفي بشروط النظافة.

٥- ***الموتى:*** كثيراً ما تكون معدلات الوفيات مرتفعة أثناء المراحل الأولى لحالات الطوارئ أو بعد حدوث كارثة طبيعية مباشرة، مما يستلزم اتخاذ تدابير للتخلص من أعداد كبيرة من الجثث. وغالباً ما يتم اختيار حل المقابر المشتركة لدفن تلك الجثث. ولا بد من أخذ المياه الجوفية في الاعتبار عند دفن الموتى. فيجب ألا تقل المسافة التي تفصل بين المقابر الفردية والمشتركة ومصادر المياه الجوفية المستعملة للشرب عن ٣٠ متراً. كما يجب أن يفصل متر ونصف المتر على الأقل، بين قاع قبر معين ومستوى المياه الجوفية.

لقد شاعت، أثناء الكوارث الطبيعية، فكرة خاطئة مفادها أن الجثث البشرية هي سبب الأوبئة ويجب لهذا السبب دفنها أو حرقها على الفور. وكثيراً ما يتحكم هذا الاعتقاد في طريقة التخلص من الجثث. والواقع أن الخطر الذي تمثله الجثث على الصحة يكاد لا يُذكر. غير أن الجثث تمثل خطراً على الصحة في حالات محدودة منها، على سبيل المثال، أثناء تفشي مرض الكوليرا أو حمى التيفوئيد.

وبشكل عام، ينبغي السماح للأسر بدفن أو حرق موتاها وفقاً لتقاليدها. كما يستحسن توفير مقابر أو مرافق لحرق الجثث في مرحلة مبكرة من حياة مستقر بشري جديد وبعد التشاور مع أفراد السكان

المتضررين. وإلى جانب ذلك، ينبغي اتخاذ التدابير المناسبة لإحصاء عدد الوفيات وجمع معلومات بشأنها. وقد يلزم توفير الأكفان أو مواد أخرى للأسر لكي تلف بها موتاها قبل دفنهم أو حرقهم. وقد يكون الشاغل الوحيد للناجين، حسب الظروف السائدة، هو استعادة جثث أقاربهم المفقودين والكشف عن هويتها. وينبغي أن تؤخذ مسائل الطب الشرعي في الاعتبار عندما يكون الأشخاص الذين يراد دفنهم من ضحايا العنف.

٦- ***التخلص من النفايات الصلبة:*** أياً كانت الطريقة المختارة للتخلص النهائي من النفايات، كالطمر أو الحرق، ينبغي تنفيذها بما يضمن تفادي خلق مشاكل صحية وبيئية.

٦- الصرف

يمكن أن يؤدي تجمّع مياه الصرف حول المنازل ومواقع توزيع الماء، بالإضافة إلى تسرب مياه المراحيض والمجاري ومياه الأمطار والفيضانات إلى تكوين المياه السطحية في مستقرات الطوارئ وبالقرب منها. ويمكن أن تسبب هذه المياه عددا من المشاكل الصحية أهمها هي: تلوث إمدادات المياه والبيئة التي يعيش فيها السكان، إلحاق الأضرار بالمراحيض والمساكن، تكاثر الحشرات والقوارض، والغرق. غير أن وجود المياه السطحية في المستقَر أو بالقرب منه يمكن أن ينطوي أيضاً على فوائد صحية وغيرها من الفوائد، إذ أنها تتيح للسكان إمكانية الاستحمام وغسل لوازم الطهي والملابس. وعليه ينبغي إجراء تقييم لفوائد هذه المياه ومخاطرها قبل اتخاذ قرار بصرفها أو عدم صرفها. ويتناول هذا القسم المشكلات التي تطرحها المياه السطحية وأعمال صرفها على نطاق محدود. إذ أن أعمال الصرف الأوسع نطاقاً تتوقف عادة على الموقع المختار وتطويره. (أنظر الفصل ٤: تخطيط المأوى والموقع).

معيار صرف المياه رقم ١: شبكات الصرف

ينبغي أن يعيش الأشخاص المتضررون في بيئة تتمتع بحماية معقولة من خطر التعرية بفعل الماء والمياه الراكدة، بما فيها مياه الأعاصير ومياه الفيضانات ومياه الصرف المنزلية ومياه صرف المرافق الصحية.

مؤشرات أساسية

- ينبغي تفادي تجمع مياه الصرف الراكدة حول مواقع الماء العمومية أو في أماكن أخرى من المستقر البشري.
- ينبغي صرف مياه الأعاصير.
- ينبغي تفادي غمر مياه الفيضانات للمساكن والممرات ومرافق الماء والإصحاح أو تحولها إلى عوامل تعرية.

معيار صرف المياه رقم ٢: الشبكات والأدوات

ينبغي تجهيز السكان بالوسائل (الشبكات والأدوات وما إلى ذلك) التي تمكنهم من التخلص من مياه الصرف حول المنازل ومواقع توزيع الماء بشكل مناسب وفعال وحماية مساكنهم وغيرها من المرافق الأسرية أو الجماعية من الفيضانات وعوامل التعرية.

مؤشرات أساسية

- ينبغي توفير أعداد كافية من الأدوات المصممة خصيصاً للسكان لكي يتمكنوا من الاضطلاع بأعمال صرف المياه وأعمال الصيانة البسيطة عند الحاجة.
- ينبغي تصميم وبناء وصيانة شبكة مناسبة لصرف المياه المتجمعة حول مواقع توزيع المياه وأماكن الغسل والاستحمام.

ملاحظات توجيهية

١- ***انتقاء الموقع وتخطيطه:*** تكمن أفضل طريقة لتفادي مشاكل الصرف، في اختيار موقع مناسب لإقامة مستقرات الطوارئ وتخطيطها. (أنظر تخطيط المأوى والموقع ومعايير انتقاء الموقع في الفصل ٤). ويتعذر أحياناً معالجة مشكلات الصرف التي تمثلها بعض المواقع أو المستنقعات القريبة منها.

٢- ***تحسين ظروف الموقع:*** قد يكون من المناسب إشراك السكان المعنيين في إقامة شبكات الصرف المحدودة النطاق لحماية المراحيض والمساكن، ولتفادي تجمّع مياه الصرف المنزلية وتلك المتجمعة حول مواقع توزيع الماء، إذا لزم إقامة مثل هذه الشبكات. وقد يلزم الحصول على دعم تقني وأدوات تقنية لإقامة تلك الشبكات. كما قد يلزم توفير معلومات وبدائل إذا كانت المستنقعات القريبة تطرح مشاكل صحية كالبلهارزيا أو مخاطر أخرى ناجمة عن استهلاك الماء.

٣- ***الصرف والتخلص من الفضلات:*** ينبغي أن تولى عناية خاصة لحماية المراحيض والمجاري من الفيضانات لتفادي الأضرار الهيكلية والتسرب.

٧- النهوض بقواعد النظافة

لا غنى عن الالتزام بقواعد النظافة إذا ما أريد تفادي انتقال الأمراض ذات الصلة بالماء والإصحاح. ولهذا السبب، هناك إجماع على أن النهوض بقواعد النظافة يمثل عاملا أساسياً من عوامل الاستجابة الفعالة لأي حالة من حالات الطوارئ في مجال توفير الماء والإصحاح. ويصعب عادة قياس أثر برامج النهوض بقواعد النظافة في حالات الطوارئ. ومع ذلك فإن من الممكن وضع برامج فعالة في هذا المجال، وذلك باعتماد أسلوب منهجي في تقييمها وتخطيطها وتنفيذها والتأكد من تركيزها على عدد محدود جدا من الممارسات الأساسية في مجال المحافظة على النظافة التي يمكن التأثير فيها على وجه السرعة. ولا بد من التأكيد أيضاً على أن النهوض بقواعد النظافة يجب ألا يحل أبدا محل المجالات التي تضمن الالتزام بالنظافة وهي بالتحديد الإصحاح وتوفير إمدادات مناسبة من الماء.

تعريف النهوض بقواعد النظافة

يُعرّف النهوض بقواعد النظافة هنا بأنه الاستفادة من معارف السكان وتقاليدهم ومواردهم ومن معارف الوكالة الإنسانية ومواردها بما يكفل تفادي أي سلوك في مجال النظافة من شأنه أن يشكل خطراً على الصحة. ويعتمد النهوض الفعال بقواعد النظافة على تبادل المعلومات بين الوكالة الإنسانية والسكان المتضررين للكشف عن أهم المشاكل المرتبطة بالمحافظة على النظافة ومعالجتها ووضع برنامج للنهوض بقواعد النظافة وتنفيذه ورصده. ويؤكد هذا التعريف ضرورة تشجيع الالتزام بقواعد النظافة وتوفير الوسائل المادية التي تضمن حياة صحية في الوقت نفسه.

معيار التوعية بقواعد النظافة رقم ١: السلوك الصحي واستعمال المرافق

ينبغي أن يكـون السكان، بكل فئاتهم، على وعي تام بالسلوك الذي يمكن أن يهدد صحتهم وأن يكونوا قادرين على تغيير هذا السلوك. وينبغي أن يحصلوا على المعلومات والموارد اللازمة لاستعمال مرافق المياه والإصحاح بما يكفل حماية صحتهم وكرامتهم.

مؤشرات أساسية

١- *توفير الماء*

- ينبغي توفير مياه عالية الجودة للأشخاص المتضررين.
- ينبغي أن تتاح للجميع إمكانية استعمال المرافق العامة (الحمامات وأحواض غسل الملابس وغير ذلك) بشكل مناسب وعادل.
- ينبغي ألا يقل متوسط كمية المياه المستعملة للشرب والطهي والمحافظة على النظافة الشخصية في أي أسرة عن ١٥ لتراً في اليوم لكل شخص.
- ينبغي إغلاق أوعية الماء بسدادات (حيثما كانت متاحة).
- ينبغي ألا يتجاوز متوسط تلوث أوعية الماء الصالح للشرب بالبكتريا العصّوية ٥٠ بكتريا عصّوية لكل ١٠٠ مليلتر.

٢- *التخلص من الفضلات*

- ينبغي استعمال المراحيض المتاحة والتخلص من براز الأطفال فوراً مع احترام قواعد النظافة.
- ينبغي أن يراعي الأشخاص قواعد النظافة بأقصى قدر ممكن عند استعمال المراحيض من أجل صون صحتهم وصحة الآخرين.
- ينبغي المحافظة على نظافة المراحيض الأسرية وصيانتها بما يكفل استعمالها من قبل جميع الأشخاص المعنيين.
- ينبغي أن يدرك الأبوين والأقارب ضرورة التخلص من براز الأطفال بطريقة سليمة.

- ينبغي أن تشارك الأسر والأفراد في برنامج بناء المراحيض الأسرية والقيام بأعمال الحفر وجمع المواد، وذلك بالتسجيل لدى الوكالة المعنية.
- ينبغي أن يغسل الأشخاص أيديهم بعد التغوط والتخلص من براز الأطفال وقبل الطهي وتناول الغذاء.

٣- مكافحة نواقل الأمراض

- ينبغي تهوية الملاءات والملابس وغسلها بانتظام.
- في المناطق التي ينتشر فيها مرض الملاريا، ينبغي الالتزام بالآتي:
  - أن يستعمل الأشخاص الذين يملكون ناموسيات مشبعة بمبيدات الحشرات ناموسياتهم وأن يحافظوا عليها ويعيدوا معالجتها بالمبيدات بشكل صحيح.
  - أن يتفادى الأشخاص التعرض إلى البعوض عندما تبلغ فترة نشاطه اليومي ذروتها، وذلك باستعمال الوسائل المتاحة لهم.
  - أن تُرفع الحاويات التي تمثل بؤراً ملائمة لتكاثر البعوض وأن تُفّرغ بانتظام من المياه أو أن تُغطى.

٤- معالجة النفايات الصلبة

- ينبغي أن توضع النفايات يومياً في حاويات لجمعها أو أن تُطمر في حفرة مخصصة للقمامة.
- ينبغي أن يكون الوالدان والأقارب والأطفال على وعي بالمخاطر التي تنطوي على لمس الإبر والضمادات التي تخلصت منها المرافق الطبية إذا لم تلتزم الأخيرة بالمعيار الأدنى للتخلص من النفايات الطبية.

٥- الصرف

- ينبغي أن تكون المناطق المحيطة بالمساكن ومواقع توزيع الماء خالية من مياه الصرف الراكدة، وينبغي صيانة وسائل صرف مياه الأعاصير بانتظام.
- ينبغي أن يطلب السكان المتضررون أدوات للقيام بأشغال الصرف.
- ينبغي أن يمتنع السكان المتضررون عن الدخول إلى المستنقعات الراكدة لتفادي الإصابة بالبلهارزيا

٦- مراسم الدفن

- ينبغي أن يحصل السكان على الموارد والمعلومات اللازمة لإجراء مراسم الدفن بطريقة تكفل احترام ثقافتهم ولا تشكل خطرا على الصحة.

معيار التوعية بقواعد النظافة رقم ٢: تنفيذ البرنامج

ينبغي أن تراعي كل المرافق والموارد المتاحة أوجه ضعف السكان المتضررين، بكل فئاتهم، واحتياجاتهم وما يفضلونه. وينبغي إشراك مستخدمي هذه المرافق في إدارتها وصيانتها حيثما كان ذلك مناسبا.

مؤشرات أساسية

- ينبغي تحديد أهم المخاطر التي يمكن أن يلحقها عدم الالتزام بقواعد النظافة بالصحة العامة عند إجراء الحصر الأولي. كما ينبغي مراعاة هذه المخاطر عند صياغة أهداف أنشطة النهوض بقواعد الصحة.
- ينبغي أن تشمل عملية وضع برامج توفير الماء والإصحاح وتنفيذها آلية تضمن إشراك كافة مستخدميها فيها.
- ينبغي أن تتاح لكل شرائح السكان إمكانية الحصول على الموارد أو الوصول إلى المرافق التي تمكنهم من المحافظة على النظافة.
- ينبغي أن تستهدف أنشطة النهوض بقواعد الصحة بعض أشكال السلوك التي تلعب دوراً مهماً في المحافظة على الصحة العامة، وأن تستهدف كذلك الفئات ذات الأولوية.
- ينبغي أن تكون إرشادات التوعية بأهمية احترام قواعد النظافة مفهومة ومقبولة من طرف الجمهور المستهدف، حيثما تم استعمال وسيلة التوعية هذه.
- ينبغي أن يضطلع المستفيدون بمسؤولية إدارة مرافق توفير الماء والإصحاح وصيانتها، حسب الظروف.

ملاحظات توجيهية

١- ***احترام قواعد النظافة ـ مسؤولية مشتركة بين الوكالات والسكان المتضررين:*** قد لا يُطلب من الوكالات الإنسانية أن تتخذ إجراءات

للنهوض بقواعد النظافة بالضرورة، شأنها شأن كل المعايير الأخرى. غير أن هناك بعض المجالات التي يلزم مراقبتها لضمان اتخاذ التدابير اللازمة عند الحاجة. وغني عن البيان أن مسؤولية المحافظة على النظافة تقع على السكان المتضررين في المقام الأول، بينما تنحصر مسؤولية الوكالات الإنسانية في توفير الظروف التي تتيح للسكان احترام قواعد النظافة، كتوفير المعلومات والمرافق اللازمة. وعلى هذه الوكالات أيضاً، أن تبين مدى توصلها إلى تحقيق ذلك الهدف. كما أن من المهم أن تُشرَك النساء، ضمن مجموعة السكان المتضررين، في صياغة إرشادات التوعية بقواعد النظافة وفي توزيع مواد ولوازم المحافظة على النظافة على مجموعة السكان المعنية.

٢- ***تحديد مخاطر عدم الالتزام بقواعد النظافة:*** من الضروري أن يتم تحديد السلوك غير السليم في مجال المحافظة على النظافة وتصحيحه بأسرع وقت ممكن. ولتحقيق ذلك، ينبغي وضع أهداف واضحة لأنشطة النهوض بقواعد النظافة واستراتيجيات التوعية. فمن شأن ذلك أن يسهم في إعداد إرشادات أساسية محددة وواضحة في مجال المحافظة على النظافة وتوصيلها إلى الأشخاص المستهدَفين. ولعل من المفيد أن تستخدم الخبرة المكتسبة من تقييم المخاطر الناشئة عن عدم احترام قواعد النظافة، لتخطيط المساعدات المادية وتحديد أولوياتها بما يضمن انتقال المعلومات بين الوكالة والسكان المعنيين بما يفيد الطرفين.

وينبغي تقدير مدى محافظة الأشخاص المتضررين على النظافة للكشف عن أي إخلال بقواعد النظافة قد يلزم تصحيحه، كما ينبغي تقدير إمكانيات نجاح أنشطة النهوض بقواعد النظافة التي يراد تنفيذها. ومن المهم أيضاً، عند إجراء مثل هذا التقييم، مراعاة الموارد المتاحة للسكان المتضررين وسلوكهم في مجال المحافظة على النظافة، لتفادي نشر إرشادات في مجال النظافة يتعذر عليهم الالتزام بها.

٣- ***الوصول إلى كل فئات السكان:*** يجب أن يضطلع بنشر المعلومات الصحية أشخاص يمكنهم الاتصال بكل فئات السكان المتضررين. فليس من المقبول في بعض الثقافات مثلاً، أن تتحدث النساء إلى رجال لا تعرفهم. وينبغي أن تُصمَم مواد التوعية بطريقة تكفل للأميين أيضاً فهم المعلومات التي يتلقونها.

٨- مؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم

تعتمد كل جوانب المساعدة الإنسانية على مهارات الموظفين والمتطوعين ومعارفهم والتزامهم. علماً بأن هؤلاء الموظفون والمتطوعون يعملون في ظروف شديدة الصعوبة في أغلب الأحيان، تفتقر إلى الأمن أحياناً. وعادة ما يُنتظر من هؤلاء الأشخاص الكثير. وبالتالي، إذا أريد منهم أن يؤدوا عملهم بما يكفل تحقيق المعايير الدنيا للعمل الإنساني، فلا بد من أن يتمتعوا بالخبرة والتدريب المناسبين وأن تؤمِّن لهم وكالتهم المساعدة والدعم اللازمين.

معيار المؤهلات رقم ١: الكفاءة

ينبغي أن يُنفِذ برامج توفير الماء والإصحاح موظفون ذوو مؤهلات وخبرات مناسبة لأداء العمل المسند إليهم كما ينبغي أن تُقدم لهم المساعدة الإدارية والدعم المناسبين.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يكون كافة الموظفين الذين يقومون بتنفيذ برنامج معين في مجال توفير الماء والإصحاح على علم بالغرض من الأنشطة التي يطلب منهم تنفيذها وعلى علم بأسلوب تنفيذها.
- ينبغي أن يضطلع موظفون ذوو مؤهلات تقنية مناسبة وخبرة سابقة في مجال الطوارئ بأعمال الحصر وإعداد البرامج واتخاذ القرارات التقنية المهمة.
- ينبغي أن يكون الموظفون والمتطوعون على وعي بقضايا التكافؤ بين الجنسين ضمن مجموعة السكان المتضررين وأن يكونوا على دراية بطريقة الإبلاغ بحوادث العنف الجنسي.

- ينبغي أن يحصل الموظفون ذوو المسؤوليات التقنية والإدارية على الدعم الملائم لاتخاذ القرارات المهمة على أساس سليم والتحقق من فائدتها.
- ينبغي أن يزود الموظفون أو المتطوعون المشاركون في جمع المعلومات بمعلومات مفصلة وأن يخضعوا لإشراف منتظم.
- ينبغي أن يتمتع الموظفون أو المتطوعون المشاركون في التوعية الصحية بالقدرة أو المهارة اللازمة للاضطلاع بهذا النشاط وأن يتلقوا تدريباً مناسباً وأن يخضع عملهم للإشراف.
- ينبغي تدريب الموظفين والمتطوعين المشاركين في البناء وغيرها من الأنشطة اليدوية والإشراف عليهم وتجهيزهم بما يلزمهم لتمكينهم من أداء عملهم بفعالية في ظروف تكفل سلامتهم.

ملاحظات توجيهية

١- *أنظر:* ODI/People In Aid (1998), Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel (مدونة أفضل الممارسات في مجال إدارة شؤون الموظفين العاملين في مجال المعونة ودعمهم).

٢- *التوظيف:* ينبغي أن يكون للموظفين والمتطوعين مؤهلات تتناسب والمهام المسندة إليهم. وينبغي أن يكونوا أيضاً على علم بأهم جوانب اتفاقيات حقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني والمبادئ التوجيهية بشأن النزوح الداخلي (أنظر الميثاق الإنساني).

ويُعد توفير التدريب والدعم في إطار التأهب لحالات الطوارئ عنصراً مهماً لضمان إعداد موظفين مهرة قادرين على توفير خدمات عالية الجودة. وبالنظر إلى تعذر ضمان التأهب للطوارئ في بلدان عديدة، ينبغي للوكالات الإنسانية أن تضمن انتقاء موظفين مؤهلين وأكفاء وتدريبهم بشكل مناسب قبل إيفادهم في بعثة طوارئ.

وينبغي للوكالات الإنسانية أن تسعى إلى تحقيق توازن بين عدد النساء والرجال في فرق الطوارئ عند إيفاد الموظفين والمتطوعين في مهام ميدانية.

المرفق ١

استبيان لحصر الاحتياجات في مجال توفير الماء الإصحاح

يمكن الاستعانة بقائمة الأسئلة التالية لحصر الاحتياجات القائمة في مجال توفير الماء والإصحاح والكشف عن الموارد المحلية المتاحة ووصف الظروف في الميدان. وتقتصر قائمة الأسئلة هذه على الموارد التي يمكن الحصول عليها محلياً ولا تشمل تحديد ما يلزم من موارد خارجية.

١- أسئلة عامة

- ما هو عدد الأشخاص المتضررين وأين يقيمون؟
- ما هي احتمالات تنّقل الأشخاص المتضررين؟ ما هي المشاكل الأمنية التي يمكن أن يواجهونها وعمليات الإغاثة التي يحتمل تنظيمها؟
- ما هي الأمراض الحالية ذات الصلة بتوفير الماء والإصحاح أو الأمراض التي يحتمل أن تنتشر؟ وما هو توزيع هذه الأمراض وتطورها المحتمل؟
- من هم المسؤولون الذين يجب استشارتهم أو الاتصال بهم؟
- من هم الأشخاص المعرضون للخطر ضمن السكان المتضررين؟ وما هي المخاطر الأمنية الخاصة التي تواجهها النساء والفتيات؟

٢- توفير الماء

- ما هو مصدر الماء الحالي؟
- ما هي كمية الماء المتاحة لكل شخص يومياً؟
- كم مرة في اليوم أو في الأسبوع يجري توفير الماء للسكان؟
- هل يكفي مصدر الماء المتاح لتغطية احتياجات السكان المنكوبين في الأجلين القصير والطويل؟
- هل تقع مواقع جمع الماء على مقربة من أماكن السكن وهل تعتبر آمنة؟
- هل يمكن الاعتماد على مصدر الماء الحالي؟ وحتى متى؟

- هل يملك السكان عددا كافيا من أوعية الماء ذات الحجم والنوع المناسب؟
- هل تعّرض مصدر الماء للتلوث أو هل يحتمل أن يتعرض للتلوث (الميكروبيولوجي والكيميائي والإشعاعي)؟
- هل ينبغي معالجة الماء؟ وهل تعتبر هذه العملية ممكنة؟ وما هو نوع المعالجة اللازم؟
- هل يعد تطهير الماء ضرورياً، حتى في حالة عدم تلوث إمدادات الماء ؟
- هل توجد موارد بديلة للماء بالقرب من الموقع؟
- هل هناك ما يعرقل استعمال إمدادات الماء المتاحة؟
- هل توجد إمكانية لنقل السكان إلى موقع آخر إذا كانت موارد الماء غير ملائمة؟
- هل يمكن نقل الماء بصهاريج إذا كانت موارد الماء المتاحة غير ملائمة؟
- ما هي أهم المشاكل الصحية المرتبطة بإمدادات المياه؟
- هل يملك السكان وسائل صحية لاستعمال الماء في الظروف الراهنة؟

٣- التخلص من الفضلات

- ما هي ممارسات التغوط المتبعة؟ إذا كان ذلك يتم في العراء، هل تم تخصيص منطقة لذلك؟ وهل تعتبر هذه المنطقة آمنة؟
- هل توجد مراحيض في الموقع؟ وهل تستعمل، إن وجدت؟ وهل يُعتبر عددها كافياً ولا يطرح استعمالها مشاكل؟ هل يمكن توسيعها أو تغييرها؟
- هل تهدد ممارسات التغوط الحالية إمدادات الماء أو المناطق المسكونة؟
- هل تهدد ممارسات التغوط صحة مستعملي المرافق؟
- هل يجيد السكان طريقة بناء المراحيض واستعمالها؟
- هل يرغب الأشخاص في استعمال المراحيض والمناطق المخصصة للتغوط والحفر وغير ذلك؟

- ما هي المعتقدات والممارسات القائمة في مجال التخلص من الفضلات، بما في ذلك ممارسات الرجال والنساء؟
- هل توجد مساحة كافية لتخصيص مناطق للتغوط وإقامة مراحيض الخزان التحليلي وما إلى ذلك؟
- ما هو معدل انحدار الموقع؟
- ما هو مستوى المياه الجوفية؟
- هل يعتبر نوع التربة مناسباً للتخلص من الفضلات في الموقع؟
- ما هي المواد المتاحة محلياً لبناء المراحيض؟
- هل تسهم الترتيبات الحالية للتخلص من الفضلات في تكاثر نواقل الأمراض؟
- هل يحصل السكان على الماء والصابون اللازمين لغسل إيديهم بعد التغوط؟
- هل يوجد ما يلزم من المواد أو الماء للإغتسال الشرجي؟
- كيف تتصرف النساء فيما يتعلق بالحيض؟ وهل توجد مواد أو مرافق مناسبة لذلك؟

٤- الأمراض التي تسببها نواقل الأمراض

- ما هي المخاطر التي تطرحها الأمراض التي تسببها نواقل الأمراض وما هي درجة خطورتها؟ (أنظر الجزء المخصص لمكافحة نواقل الأمراض لتحديد الخطر).
- إذا كانت مخاطر انتشار الأمراض التي تسببها نواقل الأمراض مرتفعة، هل توفر للأشخاص المعرضين للخطر وسائل الحماية الشخصية المناسبة؟
- هل يمكن إجراء تغييرات في البيئة المحلية (عن طريق الصرف، إزالة الأحراج، التخلص من الفضلات والتخلص من النفايات وما إلى ذلك) للحد من تكاثر الحشرات والقوارض؟

- هل من الضروري مكافحة نواقل الأمراض بوسائل كيميائية؟ ما هي البرامج واللوائح والموارد المتاحة لمكافحة نواقل الأمراض ولتنظيم استعمال المواد الكيميائية؟
- ما هي المعلومات التي ينبغي توفيرها للأسر وإجراءات السلامة التي يُنصح باتباعها؟

٥- التخلص من النفايات الصلبة

- هل تمثل النفايات الصلبة مشكلة؟
- كيف يتخلص السكان من نفاياتهم؟
- ما هو نوع وكمية النفايات الصلبة التي ينتجها السكان؟
- هل يمكن التخلص من النفايات الصلبة في الموقع، أم هل ينبغي جمعها والتخلص منها خارج الموقع؟
- هل تنتج مرافق وأنشطة الصحة نفايات؟ وكيف يجري التخلص من هذه النفايات؟ ومن المسؤول عن ذلك؟

٦- الصرف

- هل يمثل صرف المياه مشكلة؟ (إغراق المساكن والمراحيض أو توفير بؤر لتكاثر نواقل الأمراض أو تلوث المناطق المسكونة أو الإمدادات من الماء بالمياه الملوثة).
- هل يتمتع السكان بالوسائل اللازمة لحماية مساكنهم ومراحيضهم من الفيضانات المحلية؟

المرفق ٢

كمية الماء اللازمة لتغطية احتياجات أخرى غير الاستهلاك الأساسي للأسر

المراحيض العامة	١-٢ لتر يومياً لكل مستعمل لغسل اليدين
مراحيض السيفون بكل أشكالها	٢٠-٤٠ لتراً يومياً لكل مستعمل لمراحيض السيفون التقليدية ٣-٥ لتر لكل مستعمل يومياً لمراحيض الخزان التحليلي
الاغتسال الشرجي	١-٢ لتر يومياً لكل شخص
مراكز الصحة والمستشفيات	لتران للمرضى الخارجيين ٤٠-٦٠ لترا يومياً للمرضى الداخليين وقد تلزم كميات إضافية من المياه لبعض معدات غسل الملابس ومراحيض السيفون وما إلى ذلك
مراكز معالجة الكوليرا	٦٠ لترا يومياً لكل مريض ١٥ لترا يومياً لكل ممرض أو ممرضة
مراكز العلاج بالتغذية	١٥-٣٠ لترا يومياً لكل شخص ١٥ لترا يومياً لكل ممرض/ ممرضة
الماشيـة	٢٠-٣٠ لترا يومياً لكل حيوان كبير أو متوسط الحجم ٥ لتر من المياه يومياً لكل حيوان صغير الحجم

المرفق ٣

السلوك السليم في تنفيذ برامج توفير الماء والإصحاح

ينبغي الالتزام بعدد من قواعد السلوك عند تنفيذ برامج الطوارئ في مجال توفير الماء والإصحاح بما يكفل تطبيق المعايير الدنيا للعمل الإنساني. وهذه القواعد هي:

- الالتزام بالمعايير الدنيا في تلبية الاحتياجات التي لم يجر تلبيتها بعد والتي تم الكشف عنها في عملية الحصر (أنظر القسم الخاص بتحليل الوضع).
- استشارة النساء وتشجيع مشاركتهن في صياغة أهداف البرنامج والكشف عن قضايا الصحة العامة المهمة ذات الصلة باحتياجاتهن.
- صياغة أهداف واضحة تتناول قضايا الصحة العامة ذات الأولوية.
- ضمان التطبيق المستمر والمنصف للمعايير الدنيا أو العمل على تحسين تطبيقها خلال فترة تتراوح بين ثلاثة أشهر وستة أشهر.
- تنسيق البرامج بما يضمن احترام الأولويات وتفادي الثغرات فيها والتداخلات فيما بينها.
- تنظيم البرامج على مراحل، بحيث يجري تلبية الاحتياجات الملحة أولا، والانتقال بعد ذلك إلى تحقيق المعايير الدنيا بأسرع وقت ممكن مع إعطاء الأولوية لأهم الاحتياجات القائمة.
- رصد البرامج بانتظام وبشكل منهجي لضمان تقدّم تنفيذ الأنشطة التي يراد القيام بها ولفسح المجال لتغيير البرامج في الوقت المناسب عند الضرورة (أنظر معايير تحليل الوضع).
- إشراك ممثلين عن السكان المتضررين، مع مراعاة التوازن بين الرجال والنساء في اتخاذ القرارات وتنفيذ المشاريع (التصميم والبناء والتشغيل والصيانة)، وفقاً لقدرتهم على المشاركة في تلك الأنشطة.
- تعزيز المؤهلات المحلية والاستفادة منها، مع مراعاة البرامج المحلية وإشراك السلطات المحلية في العمل حسب الحاجة.

- مراعاة السياق المحلي ــــ اقتصاديا واجتماعياً وسياسياً وبيئياً ــــ عند تخطيط البرامج وتنفيذها.
- الاعتراف باحتياجات السكان المحليين واحتياجات الأشخاص المتضررين من الكارثة مباشرة، وتفادى تلويث إمدادات المياة المحلية.
- استعمال المعدات وتوفير المرافق التي تراعي الممارسات التقليدية للسكان المتضررين وتكفل لهم حدا أدنى من الكرامة والراحة.
- مراعاة الاحتياجات المتنوعة لمختلف الفئات الاجتماعية على مستوى الأسرة وعلى مستوى السكان بشكل عام، بالإضافة إلى مراعاة وقع البرنامج عليهم.
- وضع برامج سريعة الأثر ولكن ذات أهداف طويلة الأجل، وتهيئة الظروف المواتية لتحقيق تطورات إيجابية.
- ضمان سلامة الموظفين والمتطوعين وغيرهم من أفراد السكان المتضررين المشاركين في تنفيذ البرنامج وفي الأنشطة الجماعية.
- التأكد من أن يقوم بتنفيذ البرنامج موظفون ذوو مؤهلات وخبرات تتمشى والمهام المسندة إليهم ويحظون بالتوجيه والدعم المناسبين.
- استعمال معدات وتقنيات يمكن إدارتها وصيانتها بفضل المهارات والموارد المحلية.

المرفق ٤

مراجع مختارة

Almedom, A, Blumenthal, U and Manderson, L (1997), *Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices*. International Nutrition Foundation for Developing Countries. Available from London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1, UK.

Cairncross, S and Feachem, R (1993), *Environmental Health Engineering in the Tropics: An Introductory Text*. John Wiley and Sons. Chichester.

Davis, J and Lambert, R (1995), *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers*. RedR/IT Publications. London. This book contains reference information on all the areas covered by the standards for this sector.

House, S and Reed, R (1997), *Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment*. WEDC. Loughborough University. Loughborough.

MSF (1992), *Public Health Technician in Emergency Situation*. First Edition. Médecins Sans Frontières. Paris.

Overseas Development Institute/People In Aid (1998), *Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel*. ODI/People In Aid. London.

Pesigan, A M and Telford, J (1996), Needs and Resources Assessment. In: *Preliminary Proceedings of the First International Emergency Settlement Conference: New Approaches to New Realities, Topic 3*. University of Wisconsin Disaster Management Center.

Pickford, J (1995), *Low Cost Sanitation: A Survey of Practical Experience*. IT Publications. London.

Thomson, M (1995), *Disease Prevention though Vector Control: Guidelines for Relief Organisations*. Oxfam. Oxford.

UNHCR (1991), *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1982), *Handbook for Emergencies*. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1994), *Technical Approach: Environmental Sanitation*. PTSS/ UNHCR. Geneva.

UNHCR (1992), *Water Manual for Refugee Situations*. PTSS/UNHCR. Geneva.

WCRWC/UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement*. Women's Commission for Refugee Women and Children. New York.

WHO (1984), *Guidelines for Drinking Water Quality*, Vol. I. WHO. Geneva.





المعايير الدنيا للتغذية







المعايير الدنيا للتغذية

المحتويـــات

للإطلاع على قائمة المصطلحات العامة وأسماء أهم الهيئات والمنظمات التي ورد ذكرها في هذا الفصل، أنظر الملحق ١ الملحق ٢ في نهاية هذا الكتاب.

المعايير الدنيا للتغذية

مقدمــة

المعايير الدنيا للتغذية هي التعبير العملي للمبادئ والحقوق التي يجسدها الميثاق الإنساني. علما بأن هدف الميثاق هو تلبية الاحتياجات الأساسية بما يكفل بقاء الأشخاص المتضررين من الكوارث أو النزاعات على قيد الحياة، وصون كرامتهم وفقاً للقوانين الدولية لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني وقانون اللاجئين، التي تستند إليها الوكالات لتقديم خدماتها. وتتعهد هذه الوكالات بأن تلتزم في عملها، بمبادئ الإنسانية وعدم التحيز وبالمبادئ الأخرى المحددة في قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية للإغاثة في حالات الكوارث. ويؤكد الميثاق الإنساني مجددا أهمية ثلاثة مبادئ أساسية هي:

- **الحق في حياة كريمة.**
- **التمييز بين المقاتلين وغير المقاتلين**
- **مبدأ عدم طرد اللاجئين**

وتنقسم المعايير الدنيا إلى مجموعتين عامتين هما: المعايير المتعلقة بحقوق الأشخاص مباشرة، وتلك الخاصة بالإجراءات التي تتخذها الوكالات لضمان تمتع الأشخاص بهذه الحقوق. وتجمع بعض المعايير الدنيا بين هاتين المجموعتين.

١- أهمية التغذية في حالات الطوارئ

إن حصول الأفراد على الأغذية ومحافظتهم على حالة غذائية مناسبة، يلعب دوراً حاسماً في بقائهم على قيد الحياة في المراحل الأولى من حالة الطوارئ. ويمكن أن يتحول سوء التغذية إلى واحد من أخطر مشاكل الصحة العامة وأن يصبح أحد أهم أسباب الوفيات المباشرة وغير المباشرة

في مثل تلك الظروف. وعادة ما يكون الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر وخمس سنوات من أكثر شرائح السكان تضرراً من سوء التغذية؛ علماً بأن الرُضع والأطفال الأكبر سناً والمراهقين والنساء الحوامل والمرضعات وغيرهم من البالغين يمكن أن يعانوا بدورهم من سوء التغذية.

والغرض من برامج التغذية هو معالجة سوء التغذية والوقاية منه. ويمكن لبرامج معالجة سوء التغذية أن تضم عددا من التدابير، منها على سبيل المثال: تأمين تغذية مناسبة، وتوفير العلاج الطبي أو العلاج بالتغذية أو كليهما. وترمي برامج الوقاية من سوء التغذية إلى ضمان حصول جميع الأشخاص المتضررين على كمية ملائمة من الغذاء ذي الجودة المناسبة، كما تسعى إلى توفير الوسائل والمهارات التي تضمن تحضير الأغذية واستهلاكها بأمان، وتكفل حصول كل فرد على الدعم الغذائي الذي يحتاج إليه.

ولما كانت النساء يتحملن مسؤولية إعداد طعام الأسرة عادة، فإن بوسعهن أن يلعبن دوراً مهماً في وضع برامج عادلة ومناسبة ومتاحة للجميع في مجال التغذية. فبإمكانهن مثلاً أن توفرن معلومات مفيدة بشأن نظام تناول الوجبات داخل الأسرة وكيفية حصول السكان المتضررين على الأغذية. ويمكن لهن أيضاً أن يساهمن في توضيح دور الجنسين في هذا المجال وبيان التقاليد التي تؤثر في طريقة استفادة مختلف أفراد السكان من برامج التغذية. وبالتالي، فإن من المهم تشجيع النساء على المشاركة في إعداد برامج التغذية وتنفيذها حيثما أمكن.

٢- ترتيب هذا الفصل

ينقسم هذا الفصل إلى أربعة أقسام، يضم كل قسم منها ما يلي:

- **المعايير الدنيا**: هي الحد الأدنى من الخدمات التي يراد تقديمها في كل مجال من مجالات العمل الإنساني.
- **المؤشرات الأساسية**: هي «علامات» تبين ما إذا كان قد تم تحقيق المعيار المطلوب. وتوفر المؤشرات طريقة لقياس وقع أو نتيجة برنامج فضلا عن الإجراءات أو الأساليب المطبقة والإبلاغ بها. وتكون المؤشرات كمية أو نوعية.

- **الملاحظات التوجيهية**: هي اعتبارات محددة ينبغي أن تؤخذ في الحسبان عند تطبيق المعايير في مختلف الظروف ويُسترشد بها لتجاوز الصعوبات العملية ومعالجة الأمور ذات الأولوية. ويمكن أن تتضمن هذه الملاحظات التوجيهية قضايا حساسة تتعلق بالمعيار أو المؤشرات، كما يمكن أن تصف مشاكل مستعصية أو المشاكل التي يدور حولها جدال أو الثغرات في المعارف الحالية. ومن شأن معالجة هذه الثغرات أن يسهم في تحسين المعايير الدنيا للتغذية في المستقبل.

هناك عدد من الخطوات المنطقية التي يتّبعها أخصائيو التغذية عند مواجهة أي حالة جديدة من حالات الطوارئ. وتبين الأقسام الثلاثة الأولى من هذا الفصل تلك الخطوات، وهي: تحليل الوضع، الدعم الغذائي العام للسكان، الدعم الغذائي للسكان الذين يعانون من سوء التغذية. إذ يتعين على أخصائيي التغذية أن يفهموا طبيعة المشكلة أولاً، وأن يعتنوا في مرحلة ثانية بالسكان إجمالاً لتفادي أي تدهور إضافي في حالتهم. وعلى هؤلاء الأخصائيين أن يتخذوا الإجراءات اللازمة، في مرحلة ثالثة، للحد من ارتفاع نسبة الوفيات وانتشار الأمراض بين الأشخاص الذين كانوا يعانون أصلاً من سوء التغذية. أما القسم الرابع من هذا الفصل، الخاص بمؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم، فيتناول كل جوانب العمل في مجال التغذية بالإضافة إلى المواضيع الخاصة بالمهارات البشرية المطلوبة لتنفيذ برامج فعالة في هذا المجال.

ويضم هذا الفصل أيضاً أربعة مرفقات: يقدم الأول تعاريف للمصطلحات المستعملة فيه، ويورد الثاني الحد الأدنى من الاحتياجات الغذائية للسكان المتضررين من الكوارث، ويعرض الثالث الحد الأدنى من نسبة العناصر المغذية المعدنية التي لم تُدرج في المرفق ٢. ويقدم المرفق الرابع قائمة بالمراجع المختارة.

وقد أشرنا في هذا الفصل إلى المعايير التقنية المطبقة في مجالات العمل الإنساني الأخرى كلما لزم الأمر، وذلك لبيان الصلة الوثيقة بين تقدم العمل في أي من هذه المجالات بتقدمه في المجالات الأخرى.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك علاقة وثيقة بين معايير التغذية ومعايير المعونة الغذائية بوجه خاص. فهناك تداخل بين المجالين من حيث المعلومات

المطلوبة لتقييم الوضع وحصر الاحتياجات. كما أن هناك نقاط مشتركة بين المجالين فيما يتعلق بتقدير الاحتياجات الغذائية، ومن ثم إلى الأغذية.

وقد اخترنا مع ذلك أن نعرض هذين المجالين في فصلين مختلفين لثلاثة أسباب: أولها هو أن التغذية في حالات الطوارئ هي أكثر من مجرد اتخاذ قرارات بشأن الحاجة إلى المعونة الغذائية. والسبب الثاني هو أن تنظيم المعونة الغذائية يستلزم اتباع خطوات محددة تتعلق بإجراءات الإدارة المالية والنقل والإمداد، كما أن دمج المجالين كان من شأنه أن ينتهي إلى تكوين فصل مفرط الطول والتشعب. أما السبب الثالث فهو أن التغذية كثيراً ما ترتبط بقضايا الأمن الغذائي الأوسع نطاقاً وبالتالي لا يمكن حصرها في المعونة الغذائية وحدها. وبالرغم من أن المعونة الغذائية يمكن أن تكون عاملاً من عوامل تحقيق الأمن الغذائي، فلا بد من استعمال معايير أخرى لتغطية هذا المجال إلى جانب معايير التغذية.

١- تحليل الوضع

ليست التغذية موضوعا يمكن معالجته بمعزل عن المواضيع الأخرى. فهناك مجموعة من العوامل التي تؤثر في الحالة الغذائية من جملتها: الصحة، الزراعة، الاقتصاد، المعتقدات الدينية والتقليدية، العادات الاجتماعية ونظم الرعاية الاجتماعية. ولئن كان تحليل الأسباب الكامنة لسوء التغذية أمر بالغ التعقيد، فأنه ضروري لضمان إعداد برامج فعالة في هذا المجال.

ينبغي أن تقوم برامج تلبية احتياجات السكان المتضررين من الكوارث على فهم واضح للوضع السائد، بما فيه العوامل السياسية والأمنية والتطورات المتوقعة. وينبغي أن يطمئن السكان المتضررين من الكارثة والوكالات الإنسانية نفسها والمتبرعين والسلطات المحلية إلى فائدة عمليات المساعدة وفعاليتها. وبالتالي فإن من المهم تحليل آثار الكارثة ووقعها على العوامل المذكورة أعلاه التي تؤثر في الحالة الغذائية للسكان المتضررين. كما ينبغي تحليل أثر برنامج التغذية نفسه إن أمكن. ذلك أنه إذا لم تُحدد المشكلة وتُفهم بشكل صحيح أولاً، فيرجح أن يصبح من الصعب، بل ومن المستحيل تقديم المعونة الغذائية المناسبة.

وتحمل أساليب التحليل الموحدة المطبقة في كل مجالات العمل الإنساني إمكانيات ملموسة لتحديد الاحتياجات الإنسانية وضمان تخصيص الموارد المناسبة لتلبيتها على وجه السرعة. ويعرض هذا القسم معايير ومؤشرات متفق عليها لجمع المعلومات وتحليلها من أجل تحديد الاحتياجات وإعداد البرامج ورصد فعاليتها وتقييمها وضمان مشاركة السكان المتضررين في تنفيذها.

وينبغي تطبيق معايير تحليل الوضع قبل الشروع في تنفيذ البرنامج وخلال فترة تنفيذه بأكملها. ويبدأ التحليل بإجراء حصر أولي مباشر، الغرض منه تحديد وقع الكارثة وما إذا كان ينبغي الاستجابة لها أم لا، وتحديد طريقة هذه الاستجابة إذا كانت ضرورية. وبعد الانتهاء من الحصر الأولي ينبغي

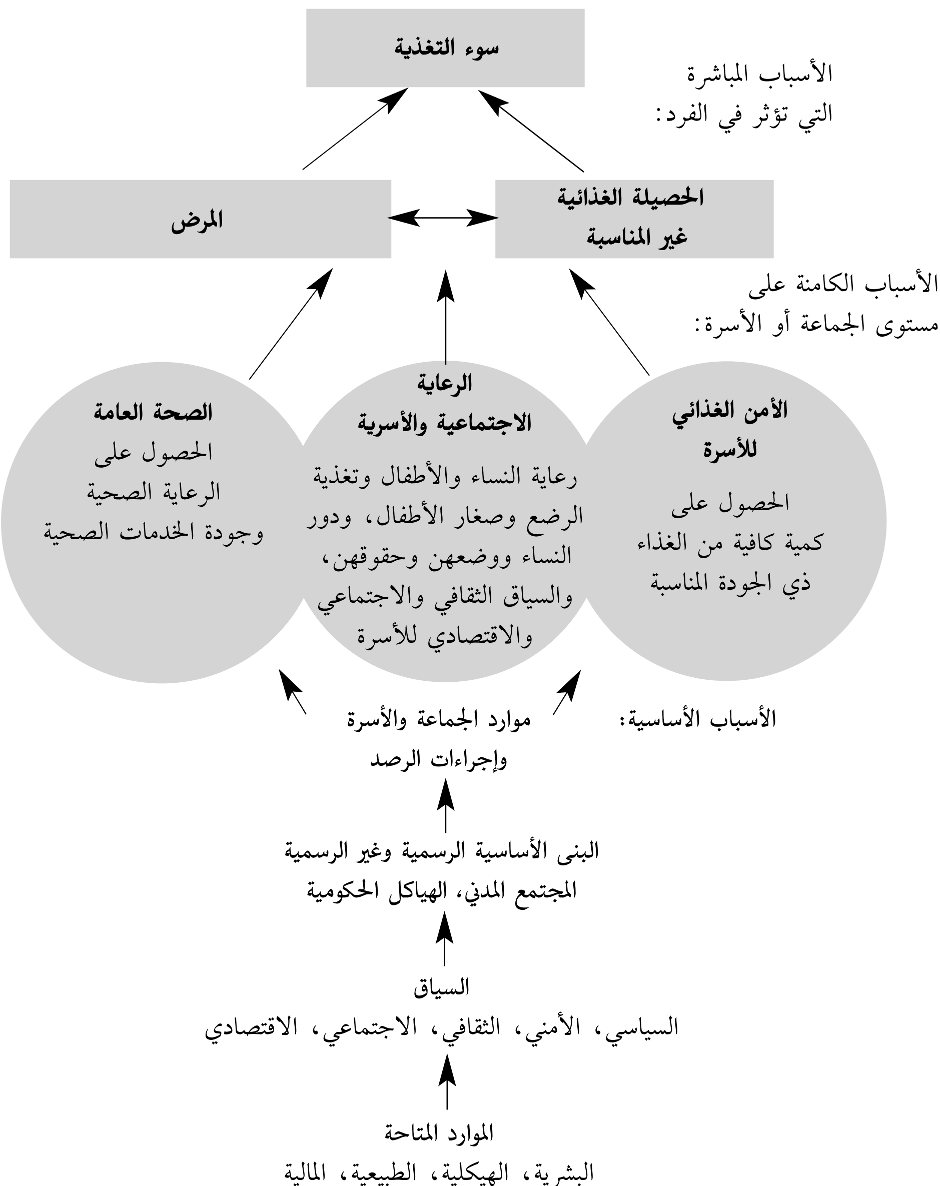
مباشرة أعمال الرصد التي تبين مدى تلبية البرنامج لاحتياجات الأشخاص المتضررين وتحدد ما إذا كان يلزم إدخال تعديلات عليه أم لا. وينتهي التحليل بالتقييم الذي يبين مدى فعالية البرنامج إجمالاً ويستخلص الدروس المناسبة للمستقبل.

ويُعد تبادل المعلومات والمعارف بين كل المشاركين أمراً أساسياً للتوصل إلى فهم كامل للمشكلة ولتنسيق المساعدات. كما أن جمع الوثائق ونشر المعلومات المستخلصة من عملية التحليل يسهمان في فهم الآثار الضارة للكوارث على الصحة العامة وغيرها من الآثار فهما أشمل. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يساعد جمع المعلومات في تحسين استراتيجيات الوقاية من الكوارث والتخفيف من حدتها.

تستند المعايير الواردة في هذا القسم إلى الإطار النظري الذي وضعته منظمة الأمم المتحدة للطفولة فيما يتعلق بالتغذية في حالات الطوارئ. أنظر الرسم التوضيحي أدناه.

وقبل قراءة هذا القسم، يرجى الإطلاع على تعريف العبارات التالية: *الاستفادة من/الحصول على؛ الأمن الغذائي؛ سوء التغذية؛ الرعاية الاجتماعية والأسرية* في المرفق ١.

نموذج نظري لأسباب سوء التغذية في حالات الطوارئ



تم اقتباس هذا الرسم وتعديله من مطبوع منظمة الأمم المتحدة للطفولة (١٩٩٧ب) ومنظمة أوكسفام (مشروع عام ١٩٩٧)

معيار التحليل رقم ١: الحصر الأولي

ينبغي فهم الحالة الغذائية الأساسية والظروف التي قد تُؤدي إلى حالات سوء التغذية فهما واضحا قبل اتخاذ أي قرار بشأن البرنامج.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يضطلع موظفون ذوو خبرة مناسبة بإجراء الحصر الأولي على الفور، وفقاً لإجراءات دولية متفق عليها.
- ينبغي إجراء الحصر الأولي بالتعاون مع فريق يضم ممثلين من مختلف مجالات العمل الإنساني (الماء والإصحاح، التغذية، الغذاء، المأوى، الصحة) وبالتعاون مع السلطات المحلية والسكان المتضررين، رجالاً ونساءً، والوكالات الإنسانية التي تنوي تقديم مساعدتها.
- ينبغي عند جمع المعلومات، مراعاة معايير التغذية المطبقة في البلد الذي وقعت فيه الكارثة أو في البلد الذي تقدم فيه المساعدة الإنسانية، إن كانت معاييرها مختلفة.
- ينبغي مراعاة احتياجات فئات السكان المعرضة لمخاطر إضافية.
- ينبغي جمع المعلومات وعرضها بطريقة تساعد على اتخاذ قرارات تتسم بالشفافية والانسجام.
- ينبغي تصنيف البيانات حسب الجنس والسن.
- ينبغي إعداد تقرير عن الحصر يشمل المجالات التالية:
  - ***أهم أسباب سوء التغذية:***

    الموارد البشرية والهيكلية والطبيعية والاقتصادية.

    السياق السياسي والأمني.

    البنى الأساسية الرسمية وغير الرسمية.

    تنقلات السكان والقيود المفروضة على حرية حركتهم.

- ***الأسباب الكامنة لسوء التغذية:***

الأمن الغذائي.

الصحة العامة.

الرعاية الاجتماعية والأسرية.

- ***آثار الإجهاد الغذائي:***

سوء التغذية.

الموت.

المرض.

- ينبغي أن يتضمن الحصر تحليلاً للعوامل التي تؤثر في السلامة الشخصية للسكان المتضررين وأمنهم، في حالات انعدام الأمن.
- ينبغي تقديم توصيات بشأن المساعدة الخارجية إذا لزم التماسها.
- ينبغي إطلاع مجالات العمل الإنساني الأخرى والسلطات الوطنية والمحلية والوكالات المشاركة في العملية وممثلي السكان المتضررين، رجالاً ونساءً على استنتاجات التقييم.

ملاحظات توجيهية

١- ***إجراءات الحصر الأولي المقبولة دولياً:*** أنظر أطباء بلا حدود (١٩٩٥) وصندوق إنقاذ الطفولة (١٩٩٥) والشباب (١٩٩٢) وبرنامج الأغذية العالمي/ المفوضية السامية لشؤون اللاجئين (كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٧).

٢- ***التوقيت:*** يُعد التوقيت أساس الحصر الأولي الذي ينبغي إجراؤه في أسرع وقت ممكن بعد وقوع الكارثة. وينبغي في الوقت نفسه تلبية الاحتياجات الأساسية على الفور، عند الضرورة. وكقاعدة عامة، يستحسن إعداد تقرير الحصر خلال الأسبوع التالي للوصول إلى موقع الكارثة، وإن كان ذلك يعتمد على نوع الحدث والوضع العام.

٣- ***المسؤولون عن إجراء الحصر الأولي:*** ينبغي الاستعانة بأشخاص قادرين على جمع المعلومات من السكان المتضررين بكل فئاتهم بطريقة مقبولة اجتماعياً. كما ينبغي أن تولى أهمية خاصة لجنس هؤلاء الأشخاص

ومعارفهم اللغوية. ويستحسن تحقيق توازن بين عدد الرجال والنساء المشاركين في أعمال الحصر.

٤- ***إجراءات الحصر الأولي:*** ينبغي أن يتفق المشاركون كافة على إجراءات الحصر الأولي قبل الشروع في عملهم الميداني، وينبغي أن تُسند مهام التقييم المحددة إلى كل منهم بناء على ذلك.

٥- ***مصادر المعلومات:*** يمكن استقاء المعلومات اللازمة لإعداد تقرير الحصر الأولي من الوثائق المتاحة والمؤلفات التاريخية ذات الصلة بالموضوع والبيانات التي كانت متاحة قبل حالة الطوارئ ومن خلال الحوار مع الأشخاص المعنيين المطلعين، بمن فيهم المتبرعين وموظفي الوكالة الإنسانية المعنية وموظفي الدولة والأخصائيين المحليين وقادة المجتمع المحلي من الإناث والذكور وكبار السن والموظفين الصحيين المشاركين في العملية والمعلمين والتجار وغيرهم. وهناك مصادر مناسبة لاستقاء بيانات ما قبل مرحلة الطوارئ، منها على سبيل المثال، بيانات الرصد الصحي والغذائي وتقارير الرصد السكاني والصحي للبلد الأصلي (التي تصدرها شركة ماركو الدولية) وتقارير نظم المعلومات الخاصة بتغذية اللاجئين (اللجنة الإدارية للأمم المتحدة المعنية بالتنسيق/اللجنة الفرعية المعنية بالتغذية)، وقواعد البيانات (مثل ميدلاين) فيما يتعلق بالمؤلفات والوثائق المطبوعة الصادرة عن الوزارات أو الجامعات المعنية، ومواد من الأمم المتحدة والمتبرعين والوكالات غير الحكومية التي تعمل أصلا من أجل السكان المتضررين. كما يمكن أن تكون الخطط القطرية أو الإقليمية للتأهب للكوارث مصدراً مهماً للمعلومات. ويمكن أيضاً للمناقشات الجماعية مع السكان المتضررين أن توفر معلومات مفيدة عن معتقدات السكان وتقاليدهم.

وينبغي شرح الأساليب المتبعة في جمع المعلومات وحدود التعويل عليها بوضوح. كما ينبغي الامتناع عن تقديم المعلومات بطريقة تعكس صورة مشوهة عن الوضع الفعلي.

٦- ***تقرير التقييم:*** ينبغي أن يوضح تقرير التقييم النهائي طريقة جمع المعلومات والثغرات التي ينبغي معالجتها في المرحلة التالية من إعداد البرنامج. ومن المفيد، عند مناقشة الأسباب الكامنة لسوء التغذية، بيان ما إذا كانت حالة الطوارئ قد أدت إلى تفاقم المشكلات الغذائية

القائمة، بما فيها نقص العناصر المغذية الدقيقة، وما إذا كانت هناك فئات معينة يمكن أن تعاني من إجهاد غذائي أكبر (كالنساء الحوامل والمرضعات والمراهقين والقصر غير المصحوبين بذويهم والأطفال والمسنين والمصابين بعجز).

٧- *اعتبارات أساسية:* ينبغي أن يراعي التقييم حقوق السكان المتضررين من الكوارث المنصوص عليها في القانون الدولي. وينبغي أن يعكس الحصر الأولي والتحليل اللاحق إدراكاً للقضايا الهيكلية والسياسية والأمنية والاقتصادية والسكانية والبيئية للمنطقة. ولا بد من مراعاة خبرة السكان المتضررين من الكوارث وآرائهم عند تحليل آليات حالة الطوارئ الجديدة ووقعها. ويستلزم ذلك الاستعانة بالخبرات والمعارف المحلية عند جمع البيانات وتحليل الموارد والقدرات وأوجه الضعف والاحتياجات. ويجب أيضاً مراعاة ظروف المعيشة الحالية للنازحين وغير النازحين في المنطقة وظروف معيشتهم قبل حالة الطوارئ. وينبغي أيضاً مراعاة دور الجنسين في النظام الاجتماعي بما في ذلك التقاليد الاجتماعية التي تسهم في الضعف الغذائي للنساء. إذ تتناول النساء، في بعض المجتمعات، وجبتهن بعد أن يكون الآخرون كافة قد تناولوا وجبتهم.

٨- *استتباب الوضع:* ينبغي أن يشكل التفكير والتحليل بشأن فترة ما بعد الكارثة جزءاً من الحصر الأولي لكي تسهم العمليات الرامية إلى تلبية احتياجات الطوارئ الفورية في تعزيز استتباب وضع السكان المتضررين.

معيار التحليل رقم ٢: مواجهة الوضع

عندما يستلزم الوضع توفير مساعدة غذائية، فمن الضروري تقديم وصف واضح للمشكلة أو المشكلات المطروحة، بالإضافة إلى رسم استراتيجية مدروسة لمواجهة الوضع.

مؤشرات أساسية

- ينبغي الحصول على معلومات عن أسباب سوء التغذية الكامنة التالية وتحليلها من حيث طبيعة المشكلة أو المشاكل القائمة وخطورتها وتحديد فئات الأشخاص الأكثر تضرراً:

- الأمن الغذائي (على المستوى الإقليمي وعلى مستوى المجموعات الفرعية والأسر والأفراد): الأسواق، الإنتاج، الماشية، الممتلكات، التحويلات المالية، التوظيف، جمع الغذاء والحصول على كمية كافية منه (أنظر المرفق ٢ للإطلاع على الاحتياجات الغذائية للسكان)، تحضير الطعام، الوقود، الرضاعة، نقص العناصر المغذية الدقيقة المزمن وما إلى ذلك.
- الصحة العامة: كأنماط الأمراض، خدمات الرعاية الصحية، عوامل الخطر البيئي، الماء والإصحاح، الأمراض التي تسببها نواقل الأمراض، متوسط تركيز الطفيليات، التدابير الصحية، الممارسات الطبية التقليدية وغير ذلك. (أنظر الفصل ١: توفير الماء والإصحاح، والفصل ٥: خدمات الصحة).
- الرعاية الاجتماعية والأسرية: وعلى الأخص فيما يتعلق بالفئات الهامشية أو المنفصلة عن المجتمع، النساء والمراهقات الحوامل، الأمهات المرضعات، تقاليد تغذية الرُضع والأطفال الصغار، المأوى وظروف اكتظاظ السكان، نظم المساعدة الاجتماعية وما إلى ذلك.

● وينبغي أن تراعي استراتيجيات تنفيذ برنامج التغذية ما يلي:
- العدد التقديري للسكان المتضررين والخصائص السكانية.
- الهيكل الاجتماعي والسياسي للسكان المتضررين.
- الاهتمام الخاص بالفئات الأكثر عرضة للخطر.
- الوصول إلى السكان المتضررين والقيود المفروضة على حرية حركتهم.
- الأمن السياسي ومحيط العمل.
- السياسات المتبعة في مجال التغذية.
- القدرات والموارد المحلية.
- البنية الأساسية المحلية والمرافق والخدمات المتوفرة.
- الآثار التي يمكن أن تستتبعها الظروف القائمة والمعونة المقترحة في الأجل الطويل، بالإضافة إلى وقعها على البيئة.

ملاحظات توجيهية

١- ***أنظر أيضاً:*** الملاحظات التوجيهية المتعلقة بمعيار تحليل الحالة الغذائية رقم ١ أعلاه.

٢- ***مصادر المعلومات:*** يمكن استقاء المعلومات المتعلقة بالمؤشرات المذكورة من عدة مصادر منها: تقرير الحصر الأولي، محاضر جلسات اجتماعات التنسيق، الاقتراحات المتعلقة بالمشروع، تحليل البيانات المناسبة المتاحة ومنها بيانات رصد الحالة الصحية والغذائية، عدد الوفيات وما إلى ذلك. ويمكن استكمال هذه المعلومات ببيانات كمية أو نوعية أو كليهما بما يتيح تحليل الوضع بمزيد من التعمق. وينبغي في كل الأحوال احترام ثلاثة مبادئ أساسية هي: الشفافية والصلاحية والمصداقية. وهناك عدد من البروتوكولات التي تتيح الالتزام بهذه المبادئ في مجال التقييم. وعند إجراء الاستقصاءات الخاصة بقياسات الجسم، يُستحسن أن تفُسّر نتائجها دائما في ضوء العوامل الأخرى ذات الصلة بالأمن الغذائي والصحة العامة والرعاية الاجتماعية والأسرية.

٣- ***استعمال مختلف أنواع المعلومات:*** عادة ما تُفصل المعلومات التي تستعمل كمؤشرات لإعداد البرنامج عن غيرها من المعلومات. أما من الناحية العملية، فعادة ما يتعين أخذ مختلف أنواع المعلومات في الاعتبار في آن واحد. فينبغي، على سبيل المثال، مراعاة المعلومات التي تستخدم لاختيار المواد الغذائية في إطار برنامج المعونة الغذائية جنبا إلى جنب مع العوامل التي تساعد على اختيار أسلوب التوزيع المناسب. ويتضح مما سبق ضرورة تميّز نظام التقييم والتوزيع بالمرونة وابتعاده عن التصّلب، فهناك الكثير من الروابط والتداخلات بين المجالات التي يجب فهمها وتكييفها للاحتياجات.

٤- ***أساليب العمل والتحليل الصحيحة:*** ينبغي أن يُضاف إلى جمع المعلومات واختيار أساليب العمل المناسبة إجراء تحليلات مدروسة. وينبغي أن تكون استنتاجات التقييم متناسقة وأن تعكس بوضوح المعلومات التي تم جمعها، كما ينبغي أن تكون ذات صلة بالنظريات القائمة. (أنظر معيار تحليل حالة التغذية رقم ١ والإطار النظري أعلاه).

٥- ***تقدير الاحتياجات:*** إذا أريد تقييم مدى تلبية السكان لاحتياجاتهم الغذائية، فلا بد من إجراء بعض المقارنات. وقد استقينا من وثائق

منظمة الصحة العالمية ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وبرنامج الأغذية العالمي بعض البيانات الدارجة بشأن متوسط احتياجات مختلف فئات السكان (أنظر المرفق ٢). ولكن، لا بد من مراعاة عاملين مهمين قبل استعمال هذه الأرقام:

الأول هو أن متوسط احتياجات الفرد الواحد ضمن مجموعات السكان المعنية، يشمل احتياجات الأشخاص من كل الأعمار واحتياجات الجنسين. أي أن هذه الأرقام لا تخص سناً معينة أو جنساً محدداً بل تشمل مجموعة كاملة من السكان، وبالتالي ينبغي تفادي استعمالها لتقييم احتياجات شخص بعينه.

والثاني هو أن هذه الاحتياجات تستند إلى مجموعة من الافتراضات التي قد يؤدي الاعتماد عليها إلى ارتكاب أخطاء ما لم تنطبق على السكان المعنيين ذاتهم. فقد حُسبت الاحتياجات الغذائية استناداً إلى تركيبة سكانية معينة:

فئة العمر	نسبتها في السكان
صفر ــ ٤ سنوات:	١٢,٣٧٪
٥-٩ سنوات:	١١,٦٩٪
١٠ سنوات ــ ١٤ سنة:	١٠,٥٣٪
١٥-١٩ سنة:	٩,٥٤٪
٢٠-٥٩ سنة:	٤٨,٦٣٪
٦٠ سنة فما فوق	٧,٢٤٪
الحوامل:	٢,٤٪
المرضعات:	٢,٦٪
الذكور/ الإناث:	٤٩,١٦/٥٠,٨٤٪

أنظربرنامج الأغذية العالمي/مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٧) ومنظمة الصحة العالمة (١٩٩٧).

ولما كانت التركيبة السكانية (الديمغرافية) تختلف باختلاف السكان، فإن ذلك يؤثر في الاحتياجات الغذائية للسكان المعنيين. فإذا كان

٢٦٪ من السكان اللاجئين مثلاً دون سن الخامسة، وكان ٥٠٪ منهم ذكوراً و٥٠٪ منهم إناثاً، فإن الاحتياجات الغذائية للسكان المعنيين لن تتجاوز ١,٩٤٠ سعرة حرارية في هذه الحالة.

وعليه، يجب أن تُستعمل التقديرات الخاصة بالاحتياجات الغذائية في ضوء المعلومات الخاصة بكل سياق محدد، مما يتيح التحقق من صحة الافتراضات عن طريق الاستعانة بالمعلومات التالية:

- عدد السكان.
- التركيبة السكانية للجماعة المتضررة، وعلى الأخص نسبة الأطفال دون سن الخامسة ونسبة الإناث فيها.
- متوسط وزن البالغين ووزنهم الحالي أو الاعتيادي أو المرغوب. وتجدر الإشارة إلى أن الاحتياجات الغذائية للسكان ترتفع إذا زاد متوسط وزن الرجل البالغ على ٦٠ كلغم وإذا زاد متوسط وزن المرأة البالغة على ٥٢ كلغم.
- مستوى النشاط الضروري لضمان حياة منتجة. علماً بأن الاحتياجات ترتفع إذا تعدى مستوى النشاط نشاطاً خفيفاً (أي ١,٥٥ × معدل استهلاك الطاقة في الجسم للرجال، و١,٥٦ × معدل استهلاك الطاقة في الجسم للنساء).
- متوسط درجة الحرارة ونوع المآوي والملابس المتوفرة. إذ أن الاحتياجات الغذائية ترتفع إذا قلّ متوسط درجة الحرارة الخارجية عن ٢٠ درجة مئوية.
- الاحتياجات غير الغذائية التي تؤثر في مقدار الاحتياجات إلى الطعام أي، الغذاء كمصدر للرخاء الاجتماعي والاقتصادي. وتجدر الإشارة إلى أن الاحتياجات إلى الغذاء يمكن أن تزداد في الحالات التي لا تمت فيها مثل هذه الاحتياجات بصِلة إلى التغذية كما هو الحال في الاحتفالات الدينية مثلاً ً
- الحالة الغذائية للسكان. ترتفع احتياجات السكان الغذائية حيثما كانوا يعانون من سوء التغذية وحيثما كانت لديهم احتياجات إضافية لتعويض تأخر النمو.

وإذا تعذر إيراد هذا النوع من المعلومات في الحصر الأولي، يمكن عندئذ استعمال الأرقام الواردة في المرفق ١ باعتبارها حدا أدنى للاحتياجات في المرحلة الأولى من عملية الإغاثة.

٦- ***العناصر المغذية الدقيقة:*** لا توجد حالياً أي تقديرات بشأن احتياجات السكان (وليس الأفراد) إلى المعادن، على الرغم من الأدلة التي تثبت أهميتها للإنسان. وقد أوردنا في المرفق ٣ قائمة بالحد الأدنى من نسبة العناصر المغذية اللازمة (لكل ١٠٠ سعرة حرارية) للاسترشاد بها مؤقتاً بانتظار نتائج الاستقصاءات التي يجريها خبراء منظمة الصحة العالمية حالياً.

وفيما يتعلق بالسكان الذين يعتمدون على المساعدة الغذائية، ينبغي أن يتوقف اختيار المواد الغذائية (بما في ذلك القرارات المتعلقة بمستويات تدعيم الأغذية) على احتياجاتهم ومدى توفر الأغذية التي يمكن أن يحصلوا عليها بنفسهم. والواقع أن بعض حصص الأغذية التي تُوّزع عادة على مجموعات السكان المعتمدة على المعونة الغذائية اعتمادا كاملاً، قد لا تكفي لتغطية احتياجاتهم إلى الريبوفلافين (الفيتامين ــــ ب ٢) والنياسين (فيتامين ــــ ب ٣) والفيتامين ــــ ج والحديد وحامض الفوليك. علما بأن كل العناصر المغذية الدقيقة تعتبر أساسية للصحة. ولذا يجب أن تُعّوض عملية الإغاثة عن نقص العناصر المغذية الدقيقة كلما بينّت تقارير الحصر عجز السكان المتضررين عن تغطية احتياجاتهم إلى بعض هذه العناصر المغذية.

والواقع أنه لا يمكن الجزم بأن الجسم قد حصل على حصته من العناصر المغذية الدقيقة وامتصها بشكل ملائم حتى لو كان الغذاء الموزع على مجموعة معينة من السكان يفي باحتياجاتهم المحددة. ويمكن أن ترجع الاختلافات في كمية الغذاء الذي يتناوله مختلف الأفراد إلى الحصص الغذائية التي يتلقونها أو إلى تناول الوجبات معاً في الأسرة. ويجدر التذكير بأن الأغذية يمكن أن تفقد عناصرها المغذية الدقيقة بطرق عديدة منها على سبيل المثال: أثناء النقل والتخزين؛ أثناء تحضيرها (انخفاض نسبة الفيتامين ــــ ب مثلاً نتيجة للطحن)؛ أثناء طهيها لفترة طويلة، ويصدق ذلك بصفة خاصة على الفيتامينات التي تذوب في الماء؛ وأخيراً عند استعمالها مع مواد لاصقة تحول دون امتصاصها في الأمعاء (فتحول مادة الفيتات مثلاً دون امتصاص الحديد الموجود في الخضار). ويمكن أن تؤدي

الأمراض أيضاً إلى فقدان العناصر المغذية الدقيقة، ومنها على وجه التحديد الطفيليات التي تقلل من قدرة الجسم على امتصاص المغذيات وتمثيلها. وعليه فإن من الضروري أن يشكل رصد الحالة الغذائية جزءاً لا يتجزأ من كل برامج التغذية.

أنظر أيضاً معيار مؤهلات الموظفين والمتطوعين رقم ١

معيار التحليل رقم ٣: الرصد والتقييم

ينبغي رصد وتقييم أداء برنامج التغذية وفعاليته وتطورات الوضع المتوقعة.

مؤشرات أساسية

- ينبغي جمع معلومات مفيدة للرصد والتقييم في الوقت المناسب. وينبغي تسجيلها وتحليلها بأسلوب يتسم بالدقة والمنطق والاتساق والشفافية.
- ينبغي وضع نُظم تتيح رصد أثر عملية الإغاثة (إيجاباً وسلباً) في الحالة الغذائية للسكان. ويمكن أن تتضمن هذه النُظم إجراءً يكفل مراقبة الوضع عن كثب في حالة تسجيل حالات نقص في العناصر المغذية الدقيقة (أنظر خدمات الصحة، معايير التحليل بشأن نظام جمع المعلومات الخاصة بالصحة، الفصل ٥).
- ينبغي رفع تقارير منتظمة بشأن أثر حالة الطوارئ وبرنامج التغذية في الحالة الغذائية للسكان المتضررين. كما ينبغي إعداد تقارير بشأن أي تغييرات في الوضع أو أي عوامل أخرى تستدعي مواءمة البرنامج معها.
- ينبغي إقامة نظم تتيح تبادل المعلومات بين البرنامج ومجالات العمل الإنساني الأخرى والسكان المتضررين والسلطات المحلية المعنية والجهات المانحة وغيرهم، حسب الحاجة.
- ينبغي أن توفر أنشطة الرصد معلومات عن فعالية البرنامج في تلبية احتياجات مختلف فئات الأشخاص ضمن السكان المتضررين.
- ينبغي استشارة السكان المتضررين، نساءً ورجالاً وأطفالاً، بانتظام وإشراكهم في أنشطة الرصد.

- ينبغي تقييم البرنامج في ضوء الأهداف المحددة والمعايير الدنيا للعمل الإنساني المتفق عليها، وذلك لقياس فاعليتها ووقعها الإجماليين على السكان المتضررين.

ملاحظات توجيهية

١- *استعمال معلومات الرصد:* تتسم الطوارئ، بحكم طبيعتها، بالتقّلب والتغير المستمرين. وبالتالي، يعد الحصول على معلومات منتظمة عن الوضع أمراً حيوياً لضمان تكييف البرنامج مع التغييرات التي تطرأ على الوضع. وينبغي إدراج المعلومات المستخلصة من الرصد المنتظم للبرنامج في الدراسة والتقييم المنتظمين للوضع. وقد يلزم، في بعض الظروف، تغيير الاستراتيجية المتبعة لتكييفها مع أهم التغييرات التي تطرأ على الاحتياجات.

٢- *التعاون مع مجالات العمل الإنساني الأخرى:* تمثل المعلومات التي يجري جمعها خلال الحصر الأولي أساس بيانات نظام معلومات الصحة (أنظر خدمات الصحة في الفصل ٥) وينطلق منها للاضطلاع بأنشطة رصد وتقييم برنامج توفير الماء والإصحاح. وتستلزم أنشطة الرصد والتقييم تعاوناً وثيقاً مع مجالات العمل الإنساني الأخرى.

٣- *استعمال المعلومات ونشرها:* ينبغي أن تكون المعلومات التي يتم جمعها وثيقة الصلة بالبرنامج، أي، بعبارة أخرى، أن تكون مفيدة وأن تُستعمل. كما ينبغي أن تتاح هذه المعلومات للقطاعات والوكالات الإنسانية الأخرى وللسكان المتضررين حسب الضرورة. وينبغي أن تكون وسائل الاتصال المستعملة (أساليب النشر واللغة وما إلى ذلك) مناسبة للجمهور المستهدف.

٤- *القيود:* يمكن أن تؤدي صعوبة جمع معلومات صحيحة وموثوقة في ظروف متقلبة ومتغيرة إلى عرقلة أعمال الرصد. فمثلاً، عندما تكون مجموعة معينة من السكان في حالة حركة مستمرة جيئة وذهاباً عبر الحدود خلال فترة زمنية طويلة، لا يمكن التأكد من أن القياسات التي أخذت في وقت معين تنطبق على مجموعة السكان نفسها في مكان ووقت مختلفين. ومن ثم، ينبغي تفسير البيانات بكثير من الحذر في مثل هذه الحالات.

٥- ***الأشخاص المعنيون بالرصد:*** عندما يستدعي الرصد استشارة السكان، فمن المستحسن إشراك الأشخاص القادرين على جمع المعلومات من السكان المتضررين بمختلف فئاتهم بطريقة مقبولة اجتماعياً، مع مراعاة تمثيل الجنسين والمهارات اللغوية لهؤلاء الأشخاص بصفة خاصة. كما ينبغي تشجيع النساء على المشاركة.

٦- ***التقييم:*** يعد التقييم عنصراً مهماً لأنه يسمح بقياس فعالية البرامج وباستخلاص الدروس للعمليات المقبلة في مجال التأهب للكوارث والتخفيف من حدتها وفي مجال المساعدة كما أنه يشجع المساءلة. ويضم التقييم النهائي عمليتين مترابطتين:

أ) يضطلع الموظفون بالتقييم الداخلي للبرنامج، عادة، في إطار التحليل والاستعراض الاعتياديين للمعلومات المستخلصة من الرصد. وينبغي للوكالة المعنية أن تقيّم بدورها فعالية كل برامجها في ظل كارثة معينة أو أن تقارن البرامج التي تنفذها في ظروف مختلفة.

ب) يمكن أن يشكل التقييم النهائي، على عكس التقييم الداخلي، جزءاً من تقييم أوسع نطاقاً تقوم به الوكالات الإنسانية والجهات المانحة ويمكن أن ينفذ مثلاً بعد ذروة حالة الطوارئ. ومن المهم، عند إجراء عمليات التقييم، أن تكون الأساليب المتبعة والموارد المستعملة منسجمة مع نطاق البرنامج وطبيعته وأن يصف التقرير المنهجية والإجراءات المتبعة للتوصل إلى الاستنتاجات. وينبغي نشر نتائج التقييم على المشتركين في العمل الإنساني بمن فيهم السكان المتضررين.

معيار التحليل رقم ٤: المشاركة

ينبغي أن تتاح للسكان المتضررين من كارثة معينة فرصة المشاركة في وضع برنامج المساعدة وتنفيذه.

مؤشرات أساسية

- ينبغي استشارة السكان المتضررين، نساءً ورجالاً، وإشراكهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بتقييم الاحتياجات ووضع البرنامج وتنفيذه.

- ينبغي أن يتلقى السكان المتضررون من الكارثة، نساءً ورجالاً، معلومات بشأن برنامج المساعدة وأن تتاح لهم فرصة إطلاع وكالة المساعدة على تعليقاتهم بشأن البرنامج.

ملاحظات توجيهية

١- *العدل:* تسهم مشاركة السكان المتضررين من الكوارث في اتخاذ القرارات ووضع البرنامج وتنفيذه في ضمان تنفيذ البرامج بشكل عادل وفعال. وينبغي بذل جهود خاصة لضمان مشاركة النساء، وتمثيل النساء والرجال بشكل متوازن في برنامج المساعدة. كما يمكن أن تسهم المشاركة في برنامج التغذية في تعزيز شعور الأفراد بكرامتهم وقيمتهم رغم الشدائد، وتخلق شعورا بالانتماء إلى الجماعة، ويمكن أن تساعد أيضاً على ضمان سلامة وأمن أولئك الذين يتلقون المساعدة والمسؤولين عن تقديمها على حد سواء.

٢- ***يمكن إشراك الأشخاص في برامج التغذية بطرق مختلفة*** كإشراكهم في فريق الحصر مثلاً والاستعانة بعاملين بأجر ومتطوعين في برامج التغذية، وعن طريق المشاركة في قرار اختيار الإمدادات الغذائية ونشر المعلومات المتعلقة باستعمال بعض المواد الغذائية التي لم يألفها السكان، وتوفير المعلومات بشأن الأشخاص ذوي الاحتياجات الغذائية الخاصة، وتوفير المواد التي تحتاج إليها الأسر.

٣- *لجان التنسيق:* تسهم لجان التنسيق في ضمان مشاركة السكان في برنامج المساعدة. وينبغي مراعاة الجنسين والسن والعرق والوضع الاجتماعي والاقتصادي لضمان تمثيل اللجان لكل فئات السكان. كما ينبغي أن يشترك في هذه اللجان القادة السياسيون المعترف بهم وقادة المجتمع من النساء والرجال والقادة الدينيون. وينبغي الاتفاق على دور لجان التنسيق ووظائفها عند إنشائها.

٤- *التماس وجهات النظر والآراء:* يمكن تحقيق المشاركة أيضاً عن طريق إجراء استطلاعات الرأي وتنظيم المناقشات. ويمكن القيام بذلك أثناء عمليات التوزيع والزيارات المنزلية أو عند معالجة المشاكل الشخصية. ويمكن أيضاً استخلاص معلومات مفيدة عن المعتقدات والتقاليد الثقافية من خلال المناقشات الجماعية مع أفراد مجموعة السكان المتضررة.

٢- الدعم الغذائي العام للسكان

يتناول هذا القسم الموارد الغذائية والخدمات اللازمة لضمان تلبية الاحتياجات الغذائية للسكان إجمالاً. ويرجح أن تظل المعونة الغذائية التي تستهدف فئات معينة من السكان محدودة الأثر ما لم يتم تلبية الاحتياجات الغذائية لمجمل السكان المتضررين أولاً، وحتى يجري تلبية كل هذه الاحتياجات. إذ أن من شأن عودة الأشخاص الذين تعافوا إلى ظروف لا يحصلون فيها على دعم غذائي مناسب أن يؤدي إلى تدهور حالتهم من جديد.

قبل قراءة المعايير التالية، يرجى الإطلاع على تعريفي: *وحدة دولية* و*سوء التغذية* في المرفق ١.

معيار الدعم الغذائي العام رقم ١: توفير الطعام

ينبغي تلبية الاحتياجات الغذائية للسكان.

مؤشرات أساسية

- ينبغي تحقيق استقرار مستويات سوء التغذية المعتدل أو تخفيضها لكي تبلغ مستويات مقبولة.
- ينبغي تفادي انتشار أمراض الاسقربوط أو الحصاف أو البري بري.
- ينبغي تفادي ارتفاع معدلات جفاف الملتحمة أو الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود إلى مستويات تشكل خطراً على الصحة العامة (أنظر الملاحظات التوجيهية أدناه).
- ينبغي توفير مجموعة من المواد الغذائية الأساسية (كالحبوب أو الدرنيات)، والبقول (أو المنتجات الحيوانية) والدهون وما إلى ذلك.

- ينبغي توفير أغذية غنية بالفيتامين ـــ ج أو أغذية مدعّمة بعناصر مغذية أو أغذية تكميلية[1].
- ينبغي توفير الملح المشّرب باليود لمعظم الأسر (أكثر من ٩٠٪) عندما تكون الاضطرابات الناشئة عن نقص اليود متوطنة.
- ينبغي توفير أغذية غنية بالفيتامين ـــ أو أغذية مدعمة أو أغذية تكميلية مناسبة.
- ينبغي توفير مصادر إضافية لحامض النيكوتينيك (كالبقول والمكسرات والكبد والكليتان. . إلخ) إذا كان الغذاء الأساسي للسكان يتكون من الذرة والذرة السكرية.
- ينبغي توفير مصادر إضافية للثيامين أو الفيتامين ـــ ب (كالبقول والمكسرات والبيض) إذا كان الأرز الأبيض يمثل الغذاء الأساسي للسكان.
- ينبغي إرضاع الأطفال دون سن ستة أشهر (أو تغذيتهم ببديل مناسبٍ للبن الأم)
- ينبغي أن يحصل الأطفال اعتباراً من سن ستة أشهر تقريبا[2] على مواد مغذية عالية الطاقة.
- ينبغي التأكد من تلبية الاحتياجات الغذائية للنساء الحوامل والمرضعات والفتيات.

ملاحظات توجيهية

١- ***معدلات سوء التغذية:*** هناك وسائل متعددة للتعرف على مدى تحسن حالة سوء التغذية، من جملتها: السجلات الطبية في مراكز الصحة؛ إجراءات مراقبة النمو (في مراكز الصحة أو ضمن الجماعات المتضررة)؛

الهوامش

١- يعتبر الحصول على الفيتامين -ج مهما ليس لتفادي الإصابة بالاسقربوط فحسب، بل لتحسين امتصاص الحديد في الجسم أيضا.

٢- قرار جمعية الصحة العالمية رقم ٤٧-٥-٩ أيار/مايو ١٩٩٤ (A47/VR/11).

الاستقصاءات العشوائية عن أوضاع التغذية؛ نتائج فحوص الكشف عن سوء التغذية؛ التقارير التي تعدها الجماعات المعنية نفسها أو التقارير التي يعدها العاملون الاجتماعيون.

ويمكن أن نستخلص من نتائج الاستقصاءات المتعلقة بحالة التغذية تقديرات بشأن مدى انتشار سوء التغذية. ولعل أكثر الممارسات انتشاراً في هذا المجال هو تقدير مستوى سوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة كأساس لتقدير مدى انتشاره بين بقية السكان. غير أن الأطفال الأكبر سناً أو المراهقين أو النساء والرجال البالغين يمكن أن يعانوا بدورهم من سوء التغذية حتى لو لم تكشف الاستقصاءات السالفة الذكر عن وجود حالات سوء تغذية بين الأطفال دون سن خمس سنوات. ولذا ينبغي توخي الحذر عند تقديم افتراضات بشأن السكان المتضررين إجمالاً، استناداً إلى حالة صغار الأطفال وحدهم. فإذا كان هناك ما يدعو إلى الاعتقاد بأن فئات أخرى من السكان تعاني بدورها من سوء التغذية، وجب عندئذ فحص حالة هذه الفئات أيضاً.

ولا بد من تحليل حالة السكان العامة استنادا إلى المعايير المحلية قبل البت بأن مستويات سوء التغذية تعتبر مقبولة (أنظر معيار الدعم الغذائي العام رقم ١). ويمكن لهذه المعايير أن تشمل: مستويات سوء التغذية بين السكان قبل وقوع حالة الطوارئ؛ أو مستويات سوء التغذية بين السكان المضيفين في الحالة التي ينزح فيها السكان المتضررون إلى منطقة تختلف فيها العوامل البيئية وغيرها من العوامل الخارجية التي تسهم في ارتفاع نسبة الوفيات عن العوامل التي كانت سائدة في موطنهم الأصلي. ويُستنتج من ذلك أن مستويات سوء التغذية المقبولة هي تلك المستويات التي لا تنطوي على ارتفاع مفرط في احتمالات الوفاة.

وينطوي عدم حصول النساء الحوامل والمرضعات والمراهقات على كميات مناسبة من العناصر المغذية على مخاطر عديدة منها: التعقيدات المرتبطة بالحمل؛ وفاة الأمهات؛ انخفاض وزن المواليد؛ وانخفاض إدرار اللبن. ويُفترض أن يغطي ما يُخصص من الأغذية لكل أسرة هذه الاحتياجات الغذائية الإضافية (إذ يبلغ متوسط السعرات الحرارية الإضافية التي تحتاج إليها النساء الحوامل يومياً ٢٨٥ سعرة حرارية، ويبلغ متوسط السعرات الإضافية التي تحتاج إليها الأمهات المرضعات

٥٠٠ سعرة حرارية). غير أن ذلك قد لا ينطبق على كل الحالات، مما يدعو إلى رصد حالة النساء الغذائية ولا سيما فيما يتعلق بنسب الحديد وحامض الفوليك والفيتامين ـــ أ. ويمكن أن تمثل زيادة عدد المواليد ذوي الوزن المنخفض (أقل من ٢,٥ كليوغرام) مؤشرا مفيدا في بعض الظروف. وتوصي منظمة الصحة العالمية مثلاً بالتدخل لحفظ الصحة العامة إذا زاد عدد المواليد ذوي الوزن المنخفض على ١٥ ٪.

٢- *نقص العناصر المغذية الدقيقة:* إن الغرض من المؤشرات الخاصة بمعيار الدعم الغذائي العام رقم ١ هو إبراز الأهمية التي تمثلها نوعية التغذية. ومن شأن الالتزام بهذه المؤشرات أن يسهم في تفادي أي تدهور في حالة السكان من حيث ما يستوعبونه من عناصر مغذية دقيقة.

وهناك مجموعة من الخيارات المتاحة للوقاية من نقص العناصر المغذية الدقيقة منها على سبيل المثال: زيادة كمية المواد الغذائية في الحصص العامة بهدف زيادة التفاعلات الغذائية؛ تحسين النوعية الغذائية للحصة؛ شراء المواد الغذائية محلياً لضمان توفر العناصر المغذية التي لن تكون متوفرة في الحصة لولا ذلك؛ اتخاذ التدابير المناسبة لتشجيع الإنتاج المحلي للأغذية بغية توفير العناصر المغذية الدقيقة التي ليست متاحة بكميات كافية؛ توفير أغذية غنية بالعناصر المغذية الدقيقة لتكميل الحصص الغذائية الموزعة؛ تدعيم الأغذية الأساسية بعناصر مغذية مناسبة أو توفير أغذية مخلوطة أو توفير مواد تكميلية طبية عوضا عن ذلك أو إلى جانبه.

ويعتبر الاسقربوط والحصاف والبري بري من أكثر الأمراض الناجمة عن نقص العناصر المغذية الدقيقة انتشاراً، وكثيراً ما يعود سببها إلى معونات إنسانية غير ملائمة. وقد أشرنا إلى هذه الأمراض بالتحديد لأن في الإمكان تفاديها. ويُرجح أن تعود حالات الإصابة بالاسقربوط والحصاف والبري بري التي تواجهها مراكز الصحة مثلاً، إلى عدم حصول الأشخاص المعنيين على كميات كافية من بعض أنواع الأغذية. وعادة ما تبين مثل هذه الحالات وجود مشكلة تمس السكان المتضررين إجمالاً. وينبغي في هذه الحالة معالجة المشكلة بتنفيذ برنامج للتغذية يشمل السكان جميعا. (في الحالات التي يكون فيها نقص العناصر المغذية مشكلة متوطنة بشكل لا يقبل الشك، ينبغي

العمل على تخفيض مستوى النقص في العناصر المغذية إلى المستويات التي كانت سائدة قبل حالة الطوارئ على الأرجح).

ويعتبر فقر الدم الناجم عن نقص الحديد، وعلى الأخص بين النساء الحوامل والفتيات، أحد الأمثلة على نقص العناصر المغذية الدقيقة الذي يمكن أن يكون سبباً مهماً من أسباب الوفيات. وقد تسهم حالة الطوارئ في تفاقم هذا النقص. وفي الحالات التي تتفاقم فيها حالة مزمنة ومتوطنة من حالات فقر الدم نتيجة لحالة الطوارئ، يجب أن تولى عناية خاصة لإجراءات الوقاية والعلاج الممكنة (أنظر ما ورد أعلاه ومعيار تحديد المستفيدين من الدعم الغذائي رقم ٣). وينبغي أن تكون مؤشرات أداء البرنامج وثيقة الصلة بكل سياق.

ويصعب في الواقع معالجة حالات نقص العناصر المغذية الدقيقة خلال المرحلة الأولى من حالة الطوارئ بسبب صعوبة الكشف عنها (أنظر معيار تحديد المستفيدين من الدعم الغذائي رقم ٣)، باستثناء حالات جفاف الملتحمة وتضخم الغدة الدرقية التي توجد معايير للكشف عنها يسهل

مؤشرات عيادية بشأن نقص الفيتامين ـ أ (جفاف الملتحمة) لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر و٧١ شهراً.

(يدل تسجيل واحد أو أكثر من المؤشرات المذكورة أدناه على وجود مشكلة من مشاكل الصحة العامة)

المؤشر	الحد الأدنى لشيوعه
العشى الليلي (ما بين ٢٤ و٧١ شهراً)	أكثر من ١٪
جفاف الملتحمة وبقع بيتوت	أكثر من ٠,٥٪
جفاف القرنية/ التقرح/ تلين القرنية	أكثر من٠,٠١٪
جروح القرنية	أكثر من ٠,٠٥٪

أنظر سومر، ألف (١٩٩٥)

تطبيقها ميدانياً. ويمكن معالجة حالات النقص في العناصر المغذية المذكورة أعلاه عن طريق تنفيذ برامج تشمل السكان جميعاً (إعطاء الأطفال جرعات كبيرة من المواد المكّملة (أنظر أدناه) وتشريب الملح باليود).

وينبغي أن يحصل جميع الأطفال دون سن خمس سنوات على جرعات من الفيتامين ـــ أ حسب الجدول التالي عند تحصينهم ضد الحصبة أو غيرها من الأمراض، وهو إجراء شائع في حالات الطوارئ التي تدفع السكان المتضررين إلى النزوح:

- الرُضّع ما بين ٦ أشهر و١٢ شهراً: ١٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية عن طريق الفم (تكرر العملية كل ٤ إلى ٦ أشهر).
- الأطفال فوق سن ١٢ شهراً: ٢٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية عن طريق الفم (تكرر العملية كل ٤ إلى ٦ أشهر).

وفيما يتعلق بمعالجة نقص الفيتامين ـــ أ، أو في حالات مكافحة الحصبة، توصي منظمة الصحة العالمية بتوزيع الجرعات التالية:

- الرُضع دون سن ٦ أشهر: ٥٠ ٠٠٠ وحدة دولية عن طريق الفم في اليوم الأول، و٥٠ ٠٠٠ وحدة دولية عن طريق الفم في اليوم الثاني.
- الرُضع ما بين ٦ أشهر و١٢ شهراً: ١٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية عن طريق الفم في اليوم الأول، و١٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية عن طريق الفم في اليوم الثاني.
- الأطفال فوق سن ١٢ شهراً: ٢٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية عن طريق الفم في اليوم الأول، و٢٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية عن طريق الفم في اليوم الثاني.

ومن شأن ذلك أن يساعد على الحد من عدد الوفيات الناجم عن الحصبة. وبالإضافة إلى ذلك،يُنصح بأن تتلقى الأمهات، حيثما أمكن، جرعة كبيرة من الفيتامين ـــ أ (٢٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية عن طريق الفم) في أسرع فرصة ممكنة بعد الوضع وفي غضون ٨ أسابيع من الوضع. (أنظر منظمة الصحة العالمية ١٩٩٧. ومعايير خدمات الصحة لمكافحة الحصبة في الفصل ٥).

مؤشرات خاصة بنقص اليود ـ تضخم الغدة الدرقية (الدراق)

(يدل تسجيل مؤشرين من هذه المؤشرات على وجود مشكلة من مشاكل الصحة العامة)

المؤشر	السكان المستهدفون	خطورة مشكلة الصحة العامة (شيوعها)		
		خفيفة	معتدلة	حادة
درجة الدراق أعلى من صفر	الأطفال في سن الالتحاق بالمدارس ☆	٥,٠-١٩,٩٪	٢٠,٠-٢٩,٩٪	أكثر من أو مساو لـ ٣٠٪
حجم الغدة الدرقية أكبر من ٩٧سنتيل بالقياس فوق السمعي	الأطفال في سن الالتحاق بالمدارس	- ١٩,٩٪	٢٠,٠-٢٩,٩٪	أكثر من أو مساو لـ ٣٠٪
متوسط تركيز اليود في البول (ميكروغرام/ لتر)	الأطفال في سن الالتحاق بالمدارس	٥٠٩٩	٢٠-٤٩	أقل من ٢٠
هرمون حفز الغدة الدرقية يزيد على ٥ وحدات في اللتر في الدم الكامل العناصر	المواليد	٣,٠-١٩,٩٪	٢٠,٠-٣٩,٩٪	أكثر أو مساو لـ ٤٠,٠٪
متوسط غلوبولين الدرقية (نانوغرام/ مللتر من المصل)	الأطفال والبالغون	١٠,٠-١٩,٩	٢٠,٠-٣٩,٩	أكثر أو مساو لـ ٤٠,٠

☆ الأطفال الذين يتراوح سنهم بين ٦ سنوات و١٢ سنة.

أنظر منظمة الصحة العالمية/ صندوق الأمم المتحدة للطفولة/ المجلس الدولي لمكافحة الاختلالات الناجمة عن نقص اليود (١٩٩٤)، مؤشرات لتقييم الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود ومكافحتها عن طريق تشبيع الملح باليود. Indicators for assessing iodine deficiency disorders and their control through salt iodisation، منظمة الصحة العالمية، جنيف.

وقد تطرح هذه المؤشرات الخاصة بتقييم نقص اليود بعض الصعوبات لسببين: أولهما هو تعذر استعمال المؤشرات البيولوجية الكيميائية في العديد من ظروف الطوارئ، والثاني هو احتمال افتقار نتائج التقييم السريري إلى الدقة. ويعتبر قياس نسبة اليود في البول ضرورياً لتكوين فكرة شاملة عن تركيز اليود في الجسم. وفي الإمكان الحصول على فكرة عامة عن خطورة الوضع عن طريق إجراء فحص سريري لمجموعة مناسبة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ سنوات و١٢ سنة.

٣- ***نوعية الطعام:*** تستعمل المؤشرات لقياس نوعية الطعام وليس لقياس كمية العناصر المغذية التي تتضمنها. إذ أن من الصعب قياس كمية العناصر المغذية، لما تتطلبه مثل هذه العملية من إجراءات كثيرة لجمع المعلومات.

ويمكن قياس هذه المؤشرات باستخدام معلومات يتم جمعها بأساليب شتى من مختلف المصادر. ويمكن أن تشمل هذه الأساليب: تقييم السلة الغذائية على مستوى الأسرة؛ تقييم أسعار الأغذية ومدى توفرها في الأسواق؛ مراقبة قنوات نقل المواد الغذائية؛ تقييم المضمون الغذائي للمواد الغذائية الموزعة عن طريق الاستعانة بجداول مكونات الأغذية (أو برنامج نوتكالك الالكتروني، أنظر المرفق)؛ دراسة خطط وسجلات توزيع المعونة الغذائية؛ تقييم الأمن الغذائي؛ إجراء استطلاعات عن الأسر أو استعراض المؤلفات المتاحة، كتقارير الوكالات الإنسانية، أو كليهما.

٤- ***تغذية الرُضّع وصغار الأطفال:*** تعتبر الرضاعة الطبيعية أنسب طريقة لتغذية الرضيع من الناحية الصحية في معظم الظروف، وعلى الأخص في حالات الطوارئ حيث تكون وسائل المحافظة على النظافة قد انهارت وحيث ترتفع معدلات العدوى.

وفي الحالات التي لا تُرضع فيها بعض الأمهات مواليدهن، يمكن اختيار أحد الحلول الثلاثة التالية:

أ) حث الأمهات على استئناف الرضاعة الطبيعية عن طريق الاستعانة بأفراد ذوي خبرة يعملون على توعيتهن ودعمهن وتشجيعهن.

ب) استعمال بدائل لبن الأم حيثما أمكن تحضيرها بشكل سليم وتأمين توفيرها.

ج) دعم أساليب التغذية التقليدية البديلة المألوفة لدى الأمهات لضمان سلامتها.

لئن كان من النادر أن تعجز الأمهات عن إدرار اللبن (لا تُسجل غير حالة أو حالتين من هذا القبيل بين كل ١٠٠٠٠ أم)، فقد يحدث أن تتوفى الأم أو تُفصل عن رضيعها. وإذا تعذر توفير اللبن للرضيع (إما من الأم مباشرة أو من مُرضعة أو مصرف للبن)، وجب عندئذ تزويده بأغذية الرُضّع المناسبة. وفي الحالات التي تُوزع فيها أغذية الرُضّع أو أغذية الفطام التجارية، ينبغي أن تقترن عمليات التوزيع بتوعية مكثفة لمستخدمي هذه الأغذية. ويمكن أن تشمل تلك التوعية تقديم الدعم اللازم للذين يعتنون بالرضع عن طريق إطلاعهم على أساليب التغذية السليمة (أنظر معيار الدعم الغذائي العام رقم ٤) بالإضافة إلى تدريب العاملين في مجال الصحة على إدارة شؤون الرضاعة وأخيراً، تشجيع النساء الحوامل وأمهات المواليد الجدد على إرضاع مواليدهن وتقديم الدعم اللازم لهن.

وعند الشروع في توفير أغذية الرُضع، ينبغي ضمان مواصلة توفيرها متى ما ظلت الحاجة إليها قائمة. وعند توريد أغذية الرضع في حالات الطوارئ، يجب الالتزام بما نصت عليه المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨١) التي تحمي الرضاعة من المصالح التجارية.

ولما كان من الصعب على الأطفال أن يتناولوا وجبات كبيرة دفعة واحدة، فإن من المهم أن توفر لهم مواد غذائية غنية بالطاقة تغطي احتياجاتهم الكبيرة نسبيا التي يمليها نموهم. ويُفضّل أن تمثل الدهون ٣٠٪ من مضمون الطاقة في الوجبات الغذائية للأطفال. وفي الحالات التي لا ترضع فيها النساء مواليدهن الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر ٢٤ شهراً، ينبغي تزويد هؤلاء الرُضع بكميات كافية من المواد الغذائية المغذية والغنية بالطاقة للتعويض بشكل كامل عن العناصر المغذية التي كانوا سيستخلصونها من لبن الأم لو أرضعتهم أمهاتهم، ومن التغذية التكميلية لو كانوا قد حصلوا عليها. وللحصول على مزيد من

المعلومات عن التغذية التكميلية، يرجى الإطلاع على مرجع منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٨ أ.

٥- ***دعم النساء المرضعات:*** قد يؤثر سوء التغذية الحاد والصدمات والتوتر في قدرة الأم على إرضاع وليدها، غير أن هذا الأثر لايزال غير معروف. وعلى الرغم من قوة فسيولوجية الرضاعة في حد ذاتها، فقد بينت البحوث بشكل لا يقبل الشك أن الحالة النفسية للأم يمكن أن تؤثر في إدرار اللبن. وعليه ينبغي أن تتلقى الأمهات المرضعات، أولاً وقبل كل شئ، دعماً مناسباً لتسهيل إدرار اللبن في الحالات التي يعانين فيها من سوء التغذية الحاد أو من صدمة أو من توتر أياً كان.

٦- ***الرضاعة الطبيعية وانتقال فيروس نقص المناعة المكتسب (الإيدز):*** يمكن لفيروس الإيدز أن ينتقل من الأم إلى رضيعها. وترتفع إمكانية انتقال الفيروس من الأم إلى طفلها لتبلغ ذروتها ــ ٢٠٪ على ما يعتقد ــ في أواخر فترة الحمل وعند الولادة. كما يمكن أن يصاب الطفل بالفيروس عن طريق لبن الأم. ولكن، يجدر أن نشير هنا إلى أن الإسهال يقتل الرُضع في حالات إنعدام الصرف الصحي المناسب وفي الأسر ذات الموارد المحدودة. وإن نسبة الوفيات بين الرُضع الذين يتلقون لبنهم بالقناني تبلغ ١٤ ضعفاً وفيات الرضع الذين يرضعون لبن أمهم. ولذا ينبغي الانتباه لهذه المخاطر في حالات الطوارئ وتفادي التقليل من شأن الرضاعة الطبيعية، ولا سيما عندما لا يكون من المعروف ما إذا كانت الأم مصابة بالإيدز أم لا.

معيار الدعم الغذائي العام رقم ٢: جودة الغذاء وسلامته

ينبغي أن يكون الغذاء المؤزع مقبول الجودة وأن تفي مناولته بشروط السلامة بحيث يكون صالحاً للاستهلاك البشري.

مؤشرات أساسية

- ينبغي تفادي انتشار الأمراض الغذائية المنشأ التي يعود سببها إلى المواد الغذائية الموزعة.

- ينبغي ألا تثير نوعية الأغذية الموزعة شكاوي الأشخاص الذين يتلقونها أو القائمين على تنفيذ البرنامج.
- ينبغي أن يُجري مورّدو المواد الغذائية فحصاً منتظماً لنوعية الأغذية وأن ينتجوا مواداً تلبي المعايير الحكومية الرسمية أو معايير الدستور الدولي للأغذية (مثلاً، فيما يتعلق بالتغليف وبطاقات التعريف ومدة الصلاحية، إلخ).
- ينبغي أن يقوم أشخاص مستقلون معنيون بمراقبة الجودة بإجراء رصد منهجي لكل الأغذية المخصصة للتوزيع.
- ينبغي ألا تقل مدة صلاحية كل الأغذية التي ترد إلى بلد التوزيع من أجل السكان المتضررين عن ستة أشهر (باستثناء المنتجات الطازجة والذرة الكاملة)، كما ينبغي توزيعها على السكان قبل تاريخ انتهاء صلاحية استهلاكها.
- ينبغي إقامة بنى مناسبة للتخزين (تتمشى مع التوصيات المعمول بها) وإدارة المخازن بشكل مناسب (أنظر معايير إدارة موارد المعونة الغذائية في الفصل ٣).
- ينبغي أن يكون الموظفون على علم بالمخاطر المحتملة على الصحة التي تستتبعها مناولة الأغذية وتخزينها وتوزيعها بطريقة غير سليمة.

ملاحظات توجيهية

١- ***مصادر المعلومات:*** يمكن الحصول على المعلومات اللازمة لمعرفة ما إذا كان قد تم بلوغ المؤشرات أم لا من تقارير التفتيش المتعلقة بمراقبة الجودة وبطاقات تعريف الأغذية وتقارير المخازن والبروتوكولات وغيرها من المصادر.

٢- ***شراء السلع:*** يستحسن أن يضطلع الأخصائيون بشراء المواد الغذائية، سواء في المقار أو المكاتب الإقليمية أو في الوكالات المتخصصة (أنظر معيار نقل المعونة الغذائية وتوفيرها في الفصل ٣)، إذ أن من الصعب تصحيح الأخطاء التي قد ترتكب في هذا المجال.

٣- ***طحن الذرة:*** تتراوح مدة صلاحية دقيق الذرة بين ٦ و٨ أسابيع. ولذا ينبغي طحنها قبل استهلاكها مباشرة. ويمكن استخدام الطحن الجزئي

كحل بديل، إذ يمكن بهذه الطريقة إزالة البذور والزيت والأنزيمات التي تؤدي إلى تعفن الذرة بسرعة.

٤- *التخزين:* أنظر أيضاً وولكر (١٩٩٢).

٥- *منظمة الأغذية والزراعة/منظمة الصحة العالمية (السنوات المشتركة) (الدستور الدولي للأغذية):* أنظر قائمة المراجع المختارة للحصول على اسم المرجع الكامل.

معيار الدعم الغذائي العام رقم ٣: استساغة الغذاء

ينبغي أن تكون الأغذية التي تقدم للسكان مناسبة ومستساغة للجميع.

مؤشرات أساسية

- ينبغي استشارة الأشخاص المستفيدين لمعرفة ما إذا كانت الأغذية التي يتلقونها مقبولة وملائمة. وينبغي أن تؤخذ آراءهم في الاعتبار عند اتخاذ القرارات المتعلقة ببرنامج التغذية.
- ينبغي ألا يتعارض نوع الأغذية الموزعَة مع التقاليد الدينية أو الثقافية للسكان الذين يتلقونها أو للسكان المضيفين (ويشمل ذلك كل الأغذية الممنوعة على النساء الحوامل أو المرضعات).
- ينبغي أن يكون الغذاء الأساسي الموزع مألوفاً للسكان.
- ينبغي أن تكون الأغذية التكميلية لصغار الأطفال مستساغة وسهلة الهضم.
- ينبغي تفادي توزيع مسحوق اللبن المجاني أو المدعوم على السكان عموماً.
- ينبغي أن يحصل الأشخاص المتضررون على التوابل التي يؤثرونها (كالسكر أو الفلفل الأحمر).

ملاحظات توجيهية

١- *مراقبة المبيعات:* من المهم مراقبة كل مبيعات المواد الغذائية ومعرفة دوافع الذين يقومون ببيعها في كل عملية من عمليات الإغاثة الإنسانية التي توزَع خلالها المواد الغذائية. فمن شأن ذلك أن يساعد

على تفسير التغييرات في ظواهر بيع المواد الغذائية وأن يُسّهل بالتالي دراسة أثرها في الاقتصاد المحلي.

٢- *النهب:* إن نهب الأغذية أو سرقتها قبل توزيعها على الأُسر (لا سيما عندما تكون هناك كميات كبيرة منها) قد يبين أن القيمة الاقتصادية للسلعة تتجاوز قيمتها الغذائية. وينطوي نهب الأغذية الأساسية على آثار وخيمة على إمكانية استمرار برنامج المعونة الغذائية. وينبغي إخطار السلطات المسؤولة عن تنسيق المعونة بكل حوادث النهب فور حدوثها. (أنظر معيار إدارة موارد المعونة الغذائية في الفصل ٣).

وتعتبر المعونة الغذائية سلعة ثمينة، وينطوي توزيعها على مخاطر أمنية شأنها شأن سلع عديدة أخرى. فالواقع أن الذهاب إلى مراكز توزيع المواد الغذائية يمكن أن يمثل في حد ذاته خطراً، إذ يمكن أن يتعرض فيها المرء للاعتداء. كما يمكن أن يهجم أشخاص مسلحون على المستفيدين من المعونة الغذائية في طريق عودتهم من مراكز التوزيع لسرقة حصصهم من الأغذية. ويتعين، في مثل هذه الحالات، التفكير في طرق بديلة لتوفير الغذاء كتوفير وجبات جاهزة عند الضرورة. (أنظر أيضاً معيار توزيع المعونة الغذائية في الفصل ٣).

٣- *دعم النساء المرضعات:* جرت العادة، بين مجموعات محددة من السكان، على استعمال بدائل لبن الأم والمنتجات الغذائية المصنعة لتغذية صغار الأطفال وفطامهم. ولعل من المناسب في مثل هذه الحالات مساعدة النساء على الأخذ بأساليب مختلفة لتغذية أطفالهن خلال مرحلة الطوارئ. وهناك إجراءات مهمة يمكن اتخاذها في هذا الميدان كتشجيع الرضاعة الطبيعية ودعمها (أنظر معيار الدعم الغذائي العام رقم ١). ويمكن أن تمثل حالة الطوارئ أحياناً فرصة لتغيير التقاليد التي تشكل خطراً على الصحة في هذا المجال. غير أن حالة الطوارئ نادراً ما تكون الوقت المناسب لمحاولة تغيير سلوكٍ لا يمثل أولويةً.

٤- *مسحوق اللبن:* ينبغي تجنب توزيع مسحوق اللبن أو اللبن المعدل ـــ ما لم يكن مخلوطاً بمواد أخرى ـــ عند توزيع المواد الغذائية العامة، إذ أن من شأن استخدامه دون تمييز أن يسبب مشاكل خطيرة. فيمكن أن يؤدي تخفيف هذه المنتجات بطريقة غير سليمة وتلوثها بالجراثيم أو عدم تحمل سكر اللبن إلى تسبيب مشاكل صحية بالغة الخطورة.

معيار الدعم الغذائي العام رقم ٤: تداول الغذاء وسلامته

ينبغي تخزين الغذاء وتحضيره واستهلاكه بشكل آمن ومناسب على مستوى الأسرة وفي المرافق المشتركة على حد سواء.

مؤشرات أساسية

- ينبغي الحيلولة دون تفشي الأمراض ذات المنشأ الغذائي التي لها صلة بموقع توزيع الأغذية المحلي والناجمة عن تحضير الغذاء بطريقة غير سليمة.
- ينبغي ألا يمثل تخزين الأغذية الموزعة وتحضيرها وطهيها واستهلاكها أي صعوبات وفقاً لتقارير ممثلي السكان المتضررين إلى الهيئة المعنية بالتنسيق.
- ينبغي أن تحصل كل أسرة على إناء واحد على الأقل للطهي وما يكفي من الوقود لتحضير الطعام، كما ينبغي أن تحصل على أوعية لحفظ ٤٠ لتراً من الماء، وأن يحصل كل فرد على ٢٥٠ غراماً من الصابون شهرياً. (أنظر معايير تخطيط المأوى والموقع فيما يتعلق بلوازم الأسرة في الفصل ٤ ومعايير توفير الماء والإصحاح في الفصل ١).
- عندما تضم السلة الغذائية مواداً لم يألفها السكان المتضررون، ينبغي تزويد الأسر بتعليمات لتحضير هذه الأغذية ومساعدتها على تقّبلها والحد من فقدان العناصر المغذية الأساسية إلى أدنى حد ممكن.
- ينبغي أن يقوم أشخاص مؤهلون بتقديم مساعدتهم للأفراد العاجزين عن إعداد طعامهم بنفسهم أو العاجزين عن تناول وجباتهم بمفردهم.
- ينبغي أن يكون الموظفون على علم بالمخاطر الصحية المحتملة التي قد تنتج عن عدم احترام الأساليب السليمة في تخزين المواد الغذائية وتداولها وتحضيرها. (أنظر معيار مؤهلات الموظفين والمتطوعين رقم ١).
- ينبغي أن تقع مرافق الطحن أو غيرها من مرافق تحضير الأغذية على مسافة معقولة من المآوي في الحالات التي توزع فيها الحبوب الكاملة مثلاً.

ملاحظات توجيهية

١- *مصادر المعلومات:* تمثل أنشطة رصد البرنامج والاستطلاعات السريعة التي تُجرى في الأسر مصدراً مناسباً للمعلومات.

٢- *العجز في إمدادات الوقود:* يستحسن توزيع مواد غذائية لا يتطلب طهيها وقتاً طويلاً (دقيق الحبوب بدلاً من الحبوب الكاملة والبقول أو الأرز المطبوخ طبخا غير كامل). وإذا لم تكن هذه الأغذية مألوفة للسكان، وجب أن تقدم لهم المشورة والمساعدة اللازمتين لضمان استخدامها بشكل صحيح. فإذا تعذر تغيير العادات الغذائية للسكان، وجب عندئذ البحث عن مصادر خارجية لتوفير الوقود لتغطية النقص في الوقود على الصعيد المحلي. (أنظر تخطيط المأوى والموقع في الفصل ٤).

٣- *الاستعمال السليم لأغذية الرضع:* عندما يجري تغذية الرضع ببدائل لبن الأم في بعض الحالات الاستثنائية، ينبغي تفادي استعمال القناني، إذ يصعب المحافظة على نظافتها. ويستحسن استعمال فناجين عادية محل القناني (وليس الفناجين ذات الفوهة المخصصة للأطفال). وينبغي أن توفر إمكانية غلي الماء وتعقيم الفنجان (والملعقة أو الصحن). كما ينبغي أن يكون الأفراد الذين يقومون بإطعام الأطفال بأغذية الرضع على معرفة تامة بطريقة استخدام هذه الأغذية وتحضيرها بشكل سليم. (انظر معيار الدعم الغذائي رقم ١).

٤- *نظافة الطعام:* قد يتعذر على الأشخاص المتضررين أن يلتزموا بقواعد النظافة الاعتيادية نتيجة لاضطراب ظروف الحياة الاعتيادية. وبالتالي، فقد يلزم توعيتهم بأهمية المحافظة على نظافة الغذاء وتطبيق إجراءات تتناسب مع الظروف السائدة وأنواع الأمراض المحلية المنتشرة (أنظر معايير توفير الماء والإصحاح والنهوض بقواعد النظافة في الفصل ١). كما أن من المهم توفير ما يلزم من معلومات لمقدمي الرعاية بشأن أفضل طريقة لاستخدام موارد الأسرة في تغذية الأطفال والأساليب السليمة لتحضير الطعام.

٥- *مرافق تحضير الطعام:* يُعد تسهيل وصول الأشخاص إلى المطاحن وغيرها من المرافق، كمرافق توفير الماء الصالح للشرب، في غاية الأهمية لتسهيل تحضير الطعام ولتمكين الأشخاص من استعمال وقتهم بأنسب طريقة ممكنة. فيستحسن أن يمضي مقدموا الرعاية في

الأسرة وقتهم في تحضير الطعام وإطعام الأطفال وغير ذلك من المهام ذات الآثار الإيجابية على الحصيلة الغذائية العامة بدلاً من هدر وقتهم في محاولة الحصول على الخدمات السالفة الذكر.

٦- *الحبوب الكاملة والحبوب المطحونة:* تستلزم الحبوب الكاملة عادة مزيداً من الطهي والوقود مقارنة مع الحبوب المطحونة. وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن النساء والفتيات هن اللاتي يضطلعن بجمع الحطب في أغلب الأحيان. وقد يدفعهن ذلك إلى الخروج من المناطق المحمية، مما يزيد من خطر تعرضهن إلى الاعتداء والاغتصاب في حالات كثيرة. وقد يلزم اتخاذ تدابير أمنية للحد من هذا الخطر. (أنظر معيار تخطيط المأوى والموقع رقم ٤، والأمن والتخطيط في الفصل ٤، وخدمات الصحة، ومعيار خدمات الرعاية الصحية رقم ٢، والحد من الأمراض والوفيات في الفصل ٥).

٣- الدعم الغذائي للذين يعانون من سوء التغذية

يعرض هذا القسم المعايير الدنيا للبرامج التي تهدف إلى معالجة سوء التغذية السائدة، ولا سيما حالات نقص الفيتامينات والمعادن.

وتجدر الإشارة هنا إلى العلاقة الوثيقة بين سوء التغذية وارتفاع نسبة الوفيات. وتتوقف أهمية هذه العلاقة السببية، إلى حد كبير، على أنماط انتشار الأمراض والالتهابات التي تتأثر بدورها بالوسط المحلي. كما يقترن سوء التغذية بالالتهابات ويؤثر من ثم في نسبة الوفيات. وبعبارة أخرى، فإن أثر سوء التغذية والالتهابات معاً في معدل الوفيات أكبر من أثر كل منهما على انفراد. ويُعد فهم الأسباب الكامنة لسوء التغذية في غاية الأهمية لتحديد أنسب أنواع المساعدة، سواء في مجال التغذية أو في المجالات الأخرى.

قبل قراءة المعايير، يرجى الإطلاع على تعريف كل من: *الرقم الدليلي لكتلة الجسم؛ المنقطعون عن برنامج العلاج بالتغذية؛ الخارجون من برنامج العلاج بالتغذية؛ سوء التغذية* في المرفق ١.

معيار تحديد المستفيدين من الدعم الغذائي رقم ١: سوء التغذية المعتدل

ينبغي تقليل المخاطر على الصحة العامة التي يطرحها سوء التغذية المعتدل.

مؤشرات أساسية

- ينبغي تفادي أي زيادة في مستويات سوء التغذية الحاد أو في عدد الأشخاص المسجلين لتلقي العلاج أو كليهما.

- ينبغي وضع نظم لرصد التطورات في مجال سوء التغذية.
- ينبغي وضع أهداف البرنامج استناداً إلى فهم كامل لأسباب سوء التغذية وتحديد واضح للمجموعات المستهدفة.
- ينبغي أن يتلقى جميع الموظفين الذين يكونون على اتصال منتظم بأمهات صغار الأطفال تدريباً على مبادئ تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. (أنظر المعايير الخاصة بمؤهلات الموظفين والمتطوعين).
- ينبغي أن يتضمن كل برنامج، منذ البداية، معايير واضحة ومتفق عليها فيما يتعلق بطريقة اختتامه.

ملاحظات توجيهية

١- ***مصادر المعلومات:*** يمكن جمع المعلومات اللازمة للتأكد من تطبيق هذا المعيار من مصادر متنوعة، من جملتها: البيانات المستخلصة من رصد البرنامج (بما في ذلك البيانات الخاصة بمجالات غير مجال التغذية)؛ الاستقصاءات المتعلقة بقياسات الجسم؛ سجلات مراكز التغذية (بما في ذلك معدلات تغطية السكان المستهدَفين)؛ بروتوكولات تدريب الموظفين (وعلى الأخص في مجال قياسات الجسم) وأخيراً يمكن استقاء المعلومات من المشاريع المقترحة.

٢- ***إثبات التغيير في مستوى سوء التغذية:*** قد يصعب بيان التغيير في مؤشر مستوى سوء التغذية الحاد عندما تكون معدلات انتشار سوء التغذية الحاد منخفضة. فقد يكون من المستحيل بيان أي تغيير ملموس في مستوى سوء التغذية من الناحية الإحصائية بالنظر إلى احتمالات الخطأ التي تنطوي عليها التقديرات المتعلقة بمستوى سوء التغذية.

٣- ***إعداد البرنامج:*** يمكن معالجة سوء التغذية المعتدل بشتى الطرق على خلاف معالجة سوء التغذية الحاد (أنظر معيار تحديد المستفيدين من الدعم الغذائي رقم ٢). ولذا ينبغي، عند إعداد البرنامج، فهم كل جوانب الوضع الغذائي وتغيّراته وفهم العوامل التي تسهم في انتشاره والتي تؤثر فيه.

٤- ***مراقبة الوضع:*** تعتبر مراقبة الوضع عاملاً مهما في جمع المعلومات ورصد الوضع. وينبغي تحليل تلك المعلومات في ضوء التغييرات

الفصلية وأنماط الأمراض الشائعة، وينبغي استخدامها من بعد لتحضير الاستجابة المناسبة في مجال التغذية ولدعم البرامج الأخرى.

٥- *برامج التغذية التكميلية:* يمكن تطبيق برامج التغذية التكميلية في المدى القريب قبل تحقيق معيار الدعم الغذائي العام رقم ١ ومعيار تحديد المستفيدين من الدعم الغذائي رقم ٢. ولا يمكن تبرير قرار اختتام أي برنامج للتغذية إلا بعد إجراء تقييم للحالة الغذائية للسكان المتضررين. كما ينبغي ألا يدوم برنامج التغذية التكميلية أكثر من ستة أشهر في حالة تحقيق كل معايير التغذية الأخرى.

معيار تحديد المستفيدين من الدعم الغذائي رقم ٢: سوء التغذية الحاد

ينبغي الحد من الوفيات والأمراض والمعاناة المرتبطة بسوء التغذية الحاد.

مؤشرات أساسية

- ينبغي ألا تتجاوز نسبة الوفيات بين الذين خرجوا من برنامج العلاج بالتغذية نسبة ١٠٪.
- ينبغي أن تزيد نسبة الذين تعافوا من جملة الذين خرجوا من برنامج العلاج بالتغذية على نسبة ٧٥٪.
- ينبغي ألا تزيد نسبة المنقطعين عن برنامج العلاج بالتغذية من مجموع الخارجين منها، على ١٥٪.
- ينبغي أن يكون متوسط الزيادة في الوزن أكبر من ثمانية غرامات لكل كيلوغرام للفرد يومياً أو مساوياً لثمانية غرامات.
- ينبغي توفير العلاج بالتغذية والرعاية الطبية للأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية الحاد، وذلك وفقاً لبروتوكولات العلاج التي تثبت فائدتها وفقاً للفحوص السريرية.
- هناك عدد من المعايير التي يمكن بموجبها الترخيص للمريض بالخروج من برنامج التغذية. وتضم هذه المعايير مؤشرات لا علاقة لها بقياسات

الجسم ومنها: الشهية الجيدة؛ عدم الإصابة بالإسهال أو الحمى أو الطفيليات أو غيرها من الأمراض التي لم تعالَج، وعدم تسجيل نقص في العناصر المغذية الدقيقة.

- ينبغي تخصيص موظف واحد في مجال التغذية، على الأقل، لكل ١٠ مرضى.
- ينبغي أن يكون جميع القائمين على رعاية الأفراد الذين يعانون من سوء التغذية الحاد قادرين على تغذيتهم وعلاجهم.

ملاحظات توجيهية

١- ***مدة البرنامج:*** يتراوح الوقت اللازم لتحقيق مؤشرات برنامج العلاج بالتغذية بين شهر وشهرين.

٢- ***العلاقة مع مجالات العمل الإنساني الأخرى:*** يتوقف تحقيق مؤشرات العلاج بالتغذية على تحقيق نفس المؤشرات والمعايير في مجالات العمل الإنساني الأخرى (مثل وجود نظام فعال لتوفير الماء والإصحاح). ويمكن الحصول على كل المعلومات اللازمة لتقييم مدى تطبيق المعيار المعني من السجلات التي تحتفظ بها مراكز العلاج بالتغذية وكذلك من التقارير التي يجري إعدادها على أثر الزيارات المنزلية.

٣- ***التغطية:*** من شأن الالتزام بهذا المعيار وبمعيار تحديد المستفيدين من الدعم الغذائي رقم ١ أن ينطوي على أثر إيجابي في مستويات سوء التغذية الحاد لدى السكان بشرط ضمان تغطية واسعة النطاق لمن يحتاجون إلى العلاج بالتغذية. ولم يجر وضع مؤشرات محددة فيما يتعلق بهذه التغطية لأنها تتوقف على مجموعة من العوامل المرتبطة بالسياق العام. فلا يمكن مثلاً إجبار الأشخاص المعنيين على استعمال خدمات محددة، غير أن في الإمكان تشجيعهم على الاستفادة منها. ولكن، لا بد من الإشارة إلى أن انخفاض مستوى التغطية إلى أقل من ٣٠ ــــ ٤٠ ٪ إن دلّ على شئ فإنما يدل على أن برنامج معالجة سوء التغذية لم يُصمم بشكل مناسب.

٤- ***زيادة الوزن:*** يبلغ معدل زيادة الوزن في نهاية برنامج التغذية ٨ غرامات أو أكثر لكل كيلوغرام للفرد يومياً. وينطبق هذا الرقم على

البالغين والأطفال الذين يتلقون العلاج. ويمكن بلوغ معدلات متشابهة في زيادة الوزن لدى البالغين والأطفال على حد سواء الذين يتلقون نفس الحميات. غير أن هذا المؤشر قد يحجب الحالات التي لا يرخص فيها للمرضى بالخروج من البرنامج بسبب عدم تحسن حالتهم.

٥- ***الشفاء:*** عادة ما يشفى معظم الذين يعانون من سوء التغذية الحاد بعد فترة تتراوح بين ٣٠ و٤٠ يوماً، يُصرح لهم بعدها بإنهاء البرنامج. غير أن برنامج معالجة سوء التغذية يمكن أن يفشل عند تطبيقه على أشخاص مصابين بأمراض مثل العوز المناعي البشري (الإيدز) والسل الرئوي. وبالتالي ينبغي دراسة هذه الحالات وبحث إمكانية معالجة المصابين بهذه الأمراض أو رعايتهم في الأجل الطويل بالتشاور مع المسؤولين عن برنامج الصحة.

٦- ***أنظر أيضاً:*** منظمة الصحة العالمية (١٩٩٨ب).

معيار تحديد المستفيدين من الدعم الغذائي رقم ٣: نقص العناصر المغذية الدقيقة

ينبغي معالجة نقص العناصر المغذية الدقيقة.

مؤشرات أساسية

- ينبغي مكافحة حالات الاسقربوط أو الحصاف أو البري بري.
- ينبغي تخفيض معدلات جفاف الملتحمة إلى مستويات لا تعود تمثل معها مشكلة من مشاكل الصحة العامة (أنظر معيار الدعم الغذائي العام رقم ١).
- ينبغي ألا تتحول الاختلالات الناشئة عن نقص اليود إلى مشكلة من مشاكل الصحة العامة (أنظر معيار الدعم الغذائي العام رقم ١).
- ينبغي تطبيق بروتوكولات منظمة الصحة العالمية المناسبة المتعلقة بمكملات العناصر المغذية الدقيقة عند معالجة الأفراد الذين يجري تسجيلهم في برامج التغذية.

- ينبغي تطبيق بروتوكولات منظمة الصحة العالمية المتعلقة بمكملات العناصر المغذية الدقيقة عند معالجة كل الأمراض السريرية الناجمة عن نقص في العناصر المغذية، التي تم تسجيلها في مراكز الصحة
- ينبغي إعطاء جرعات من مكملات الفيتامين ــــ أ لجميع الأطفال دون سن الخامسة المصابين بأمراض الإسهال والذين يجلبهم آباؤهم إلى مراكز الصحة، (أنظر معايير مكافحة الحصبة في الفصل ٥).
- ينبغي إعطاء مكملات الحديد لجميع الأطفال دون سن الخامسة المصابين بالدودة الخطافية الذين يجلبهم آباؤهم إلى مراكز الصحة والذين لا يعانون من سوء تغذية حاد، كما ينبغي معالجة مرضهم.
- ينبغي وضع إجراءات تكفل الاستجابة بشكل فعال لمشكلة نقص العناصر المغذية الدقيقة التي قد يعاني منها السكان. ويمكن أن تتضمن هذه الإجراءات الكشف النشيط عن حالات نقص العناصر المغذية وتنظيم الحملات لتوعية الجمهور بهذه الظاهرة.

ملاحظات توجيهية

١- ***مصادر المعلومات:*** يمكن أن تُجمع المعلومات اللازمة لقياس المؤشرات من عدة مصادر منها: سجلات مراكز الصحة؛ سجلات برامج التغذية؛ الاستقصاءات المتعلقة بالتغذية وتعريف الحالات ذات الصلة بأمراض نقص العناصر المغذية.

٢- ***الوقاية من نقص العناصر المغذية الدقيقة:*** هناك مجموعة من الخيارات الممكنة للوقاية من نقص العناصر المغذية الدقيقة (أنظر معيار الدعم الغذائي العام رقم ١، والملاحظة التوجيهية ٢).

٣- ***تحديد النقص في العناصر المغذية الدقيقة:*** يمكن التعرف على بعض حالات نقص العناصر المغذية الدقيقة (كنقص اليود والفيتامين ــــ أ) عن طريق الفحص السريري البسيط. ويمكن إدراج هذه المؤشرات، من بعد، في نظم رصد الصحة أو الحالة الغذائية، علما بأن من الضروري أن يتلقى الموظفون تدريبا مناسبا لضمان دقة التقييم الذي يجرونه. وهناك حالات أخرى تتعلق بنقص العناصر المغذية الدقيقة يتعذر التعرف عليها دون إجراء فحص بيولوجي كيميائي (كفقر الدم

الناجم عن نقص الحديد). ولهذه الأسباب، فإن من الصعب الكشف عن حالات نقص العناصر المغذية الدقيقة في حالات الطوارئ، ولا يمكن تحديدها في أغلب الأحيان إلا بعد ملاحظة تأثير المكملات الغذائية في الأفراد الذين التمسوا مساعدة موظفي الصحة.

٤- ***المكملات الغذائية للنساء الحوامل والمرضعات:*** ينبغي أن تتلقى النساء الحوامل والمرضعات مكملات من الحديد وحامض الفوليك (٦٠ غم من الحديد يومياً بالإضافة إلى ٤,٠ غرام من حامض الفوليك في أقرب وقت ممكن بعد الشهر الثالث من الحمل). والغرض من ذلك هو معالجة أشكال فقر الدم (الانيميا) الناشئة عن التغذية ولتفادي إصابة الجنين والرضيع بتشوهات الحبل الشوكي. غير أن من الصعب توفير المكملات الغذائية في حالات الطوارئ، إذ أن من النادر أن تلتزم النساء بنظام الجرعات اليومية للمكملات الغذائية في مثل هذه الظروف. وبالتالي يتعين على العاملين في مجال الصحة في المجتمعات المحلية أن يواجهوا هذه المسألة.

٤- مؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم

تتوقف كل جوانب المساعدة الإنسانية على مهارات ومعارف والتزام الموظفين والمتطوعين الذين يعملون في ظروف شديدة الصعوبة وغير آمنة أحياناً. ويمكن أن يُطلب من هؤلاء الأشخاص الكثير. وبالتالي، إذا أريد منهم أن ينفذوا عملهم بما يكفل بلوغ المعايير الدنيا للعمل الإنساني، فلا بد أن يتمتعوا بالخبرة والتدريب المناسبين وأن تكفل لهم وكالتهم المساعدة والدعم اللازمين.

معيار المؤهلات رقم ١: الكفاءة

ينبغي أن ينفذ عمليات المساعدة الغذائية موظفون ذوو مؤهلات وخبرات مناسبة للاضطلاع بالمهام المسندة إليهم كما ينبغي أن تقدم لهم المساعدة الإدارية والدعم المناسبين.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يكون كافة الموظفين الذين يعملون في برنامج التغذية على علم بالغرض من الأنشطة التي يطلب منهم تنفيذها وأسلوب تنفيذها.
- ينبغي أن يضطلع موظفون ذوو مؤهلات تقنية مناسبة وخبرة سابقة في مجال الطوارئ بعمليات التقييم وتصميم البرامج واتخاذ القرارات التقنية المهمة.
- ينبغي أن يكون الموظفون والمتطوعون على وعي بقضايا التكافؤ بين الجنسين ضمن السكان المتضررين، وأن يكونوا على دراية بطريقة الإفادة بحوادث العنف الجنسي.

- ينبغي أن يحصل الموظفون ذوو المسؤوليات التقنية والإدارية على الدعم المناسب الذي يمكنهم من اتخاذ القرارات المهمة على أساس سليم والتحقق من فائدتها.
- ينبغي أن يكون الموظفون المسؤولون عن تقييم الحالة الغذائية للأشخاص المعنيين قد تلقوا التدريب المناسب على استعمال التقنيات اللازمة (الوزن، الطول/العرض، محيط الذراع واستعمال المؤشرات المناسبة) وتطبيقها على الأطفال والمراهقين و/أو البالغين، وينبغي الإشراف على عملهم بانتظام.
- ينبغي اعتماد أجهزة جديدة (لتقييم الحالة الغذائية، تحضير الطعام، اختبار جودة الطعام وما إلى ذلك) والتدريب على استخدامها واختبار مدى إجادة استخدامها.
- ينبغي أن يتمتع الموظفون العاملون في برامج المعونة الغذائية بالقدرة على تقديم المشورة للأشخاص المتضررين فيما يتعلق باستخدام الأغذية المخلوطة وتحضيرها بشكل سليم إذا كانت هذه الأغذية جزءاً من الحصة الغذائية العامة.
- ينبغي الاسترشاد بمبادئ توجيهية وبروتوكولات مكتوبة وواضحة عند تنفيذ برامج التغذية التي تستهدف فئات محددة من السكان.
- ينبغي أن يكون كافة الموظفين المشاركين في برامج التغذية التي تستهدف فئات محددة قد تلقوا تدريباً متعمقاً وأن يكون قد تم اختبار تطبيقهم للبروتوكولات المذكورة.
- ينبغي أن يشرف على معالجة الأشخاص الذين يعانون من سوء تغذية حاد مهنيون محترفون لهم مؤهلات طبية وتلقوا تدريباً محدداً في هذا المجال.
- ينبغي أن يكون العاملون في مجالات الصحة والتغذية والتوعية قادرين على تقديم النصائح والدعم للأشخاص الذين يعانون من سوء تغذية معتدل أو للأشخاص الذين يعنون بهم (في المنزل، مراكز التغذية، العيادات وغيرها) حسب الحاجة.
- ينبغي أن يكون العاملون في مجال الصحة قادرين على تقديم النصائح للأمهات ومقدمي الرعاية فيما يتعلق بالأساليب المناسبة لتغذية الرضع وصغار الأطفال.

- ينبغي أن يكون العاملون في مجال الصحة قادرين على الكشف عن أهم حالات نقص العناصر المغذية الدقيقة بشكل صحيح وذلك عن طريق الفحص السريري أو التحليل البيولوجي الكيميائي إن كان متاحاً، أو كليهما.

معيار المؤهلات رقم ٢: الدعم

ينبغي أن يحصل أفراد السكان المتضررين من الكوارث على الدعم اللازم لتسهيل تكيفهم مع بيئتهم الجديدة واستخلاص أكبر فائدة ممكنة من المساعدة التي يتلقونها.

مؤشرات أساسية

- ينبغي تدريب مقدمي الرعاية على أساليب رعاية الأفراد الذين يعانون من سوء تغذية حاد بعد شفائهم وعودتهم إلى منزلهم.
- ينبغي تقديم النصائح للأسر بشأن أساليب تحضير الأغذية المخلوطة وما تضفيه من قيمة على النظام الغذائي للأسرة وللأطفال على وجه الخصوص.
- ينبغي أن تضطلع نساء مؤهلات ومدّرَبات بتقديم الدعم والمشورة والتشجيع للأمهات والمرضعات وإقناعهن بمواصلة الرضاعة الطبيعية.
- ينبغي إعلام النساء الحوامل وأمهات المواليد الجدد بفوائد الرضاعة الطبيعية وتزويدهن بالدعم اللازم.
- ينبغي إعلام جميع السكان المتضررين من حالة الطوارئ بالمرافق والخدمات المتاحة وموقعها ومواقيتها.

معيار المؤهلات رقم ٣: المؤهلات المحلية

ينبغي الاستعانة بالمؤهلات والمهارات المحلية وتحسينها عن طريق برامج التغذية الطارئة.

مؤشرات أساسية

- ينبغي إشراك النساء والرجال الذين ينتمون إلى مجموعة السكان المتضررين في تخطيط برامج التغذية وتنفيذها ورصدها وتقييمها.
- ينبغي أن يفهم الموظفون أهمية تعزيز القدرات المحلية لاستخلاص الفوائد منها في الأجل الطويل.
- ينبغي الاستفادة من مهارات الشركاء المحليين والمؤسسات المحلية والسكان المتضررين وتعزيزها أثناء تنفيذ برنامج المساعدة الإنسانية.

ملاحظات توجيهية

١- ***أنظر:*** ODI/people in Aid (1998), Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel.

(مدونة أفضل الممارسات في مجال إدارة شؤون الموظفين العاملين في مجال المعونة ودعمهم).

٢- ***التوظيف:*** ينبغي أن يكون للموظفين والمتطوعين مؤهلات تتناسب والمهام التي تسند إليهم. وينبغي أن يكونوا أيضاً على علم بأهم جوانب اتفاقيات حقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني والمبادئ التوجيهية بشأن النزوح داخل موطنهم (أنظر الميثاق الإنساني).

ويعد التدريب والدعم في إطار التأهب لحالات الطوارئ عنصراً مهماً لضمان توفير موظفين مهرة قادرين على توفير خدمات عالية الجودة. وبالنظر إلى تعذر ضمان التأهب للطوارئ في بلدان عديدة، ينبغي للوكالات الإنسانية أن تضمن انتقاء موظفين مؤهلين وأكفاء وتدريبهم بشكل مناسب قبل إيفادهم المحتمل في بعثة طوارئ.

وينبغي للوكالات، عند إيفاد الموظفين والمتطوعين، أن تسعى إلى ضمان التوازن بين عدد النساء والرجال في فرق الطوارئ.

المرفق ١

تعاريف

الوصول إلى/الحصول على (access)

يشير هذا المصطلح إلى توّفر كميات كافية من الأغذية (سواء عن طريق إنتاجها أو شرائها في الأسواق أو جنيها في الخلاء أو منحها وما إلى ذلك)، كما يشير إلى قدرة الأشخاص على الحصول عليها (من خلال عملهم أو شرائها أو تبادلها. .إلخ). ويعتبر هذا المصطلح أساسياً للتعبير عن مفهوم الأمن الغذائي (الذي يرد تعريفه أدناه) وينبغي أخذ التغييرات الموسمية وآليات التوريد في الاعتبار عند استخدامه.

الرقم الدليلي لكتلة الجسم

هو مؤشر للحالة الغذائية للبالغين يتم حسابه كالآتي: $\frac{\text{الوزن (كغم)}}{\text{الطول (متر)}^{٢}}$

المنقطعون عن برنامج العلاج بالتغذية

هم الأشخاص الذين لم يواصلوا برنامج العلاج بالتغذية أكثر من ٤٨ ساعة.

الخارجون من برنامج التغذية

يغطي هذا التعبير الأفراد الذين ما عادوا مسجلين في برنامج التغذية، ومن جملتهم المنقطعون عن برنامج التغذية والذين شفوا وأحيلوا إلى برامج أخرى وكذلك الأشخاص الذين وافتهم المنية.

الأمن الغذائي

يُعّرف البنك الدولي الأمن الغذائي بأنه حصول الأفراد جميعاً وفي كل الأوقات على كمية من الغذاء تكفي لمواصلة حياة نشيطة وصحية.

الوحدة الدولية

تستعمل الوحدة الدولية لقياس جرعات الفيتامين ـــ أ بالشكل الآتي: وحدة دولية واحدة تساوي ٣,٠ ميكروغرام من الريتينول.

سوء التغذية

سوء التغذية هو الهزال أو التورم الناجم عن نقص البروتين في الغذاء أو كليهما. ويعتبر نقص العناصر المغذية الدقيقة شكلاً من أشكال سوء التغذية، ولكنه لا يعالج بنفس الطريقة. ويعتبر توقف النمو بدوره شكلاً من أشكال سوء التغذية، ولكنه يعكس — في حالة السكان المتضررين من الكوارث — مشكلات غذائية سابقة لوقوع الكارثة. ويؤدي علاج الهزال والتورم الناجم عن نقص البروتين في الغذاء إلى الحد من احتمالات الوفاة. ولذا فإن معايير التغذية لا تُطبق إلا على أنشطة التغذية التي ترمي إلى معالجة الهزال والتورم الناجم عن نقص البروتين في الغذاء (بالإضافة إلى نقص المغذيات الدقيقة).

تعاريف سوء التغذية

	إجمالي سوء التغذية	سوء التغذية المعتدل	سوء التغذية الحاد
الأطفال بين ٦ أشهر و٥٩,٩ أشهر	• أقل من ناقص ٢ علامة من علامات الانحراف المعياري لنسبة الوزن إلى الطول. • أو ٨٠٪ من متوسط نسبة الوزن إلى الطول. • أو أقل من ١٢,٥سم لمحيط الذراع. • و/أو التورم الناجم عن نقص البروتين في الغذاء.	• ما بين ناقص ٣ علامات وأقل من ناقص علامتين من علامات الانحراف المعياري لنسبة الوزن إلى الطول. • ما بين٧٠٪ وأقل من ٨٠٪ من متوسط نسبة الوزن إلى الطول. • أو ما بين١١,٠ وأقل من ١٢,٥ سم لمحيط الذراع.	• أقل من ناقص٣ علامات للانحراف المعياري لنسبة الوزن إلى الطول أو. • ٧٠٪ من متوسط نسبة الوزن إلى الطول. • أو أقل من ١١,٠سم لمحيط الذراع. • و/أو التورم الناجم عن نقص البروتين في الغذاء.
الأطفال بين ٥ و٩,٩ سنوات	• أقل من ناقص علامتين من علامات الانحراف المعياري لنسبة الوزن إلى الطول. • أو ٨٠٪ من متوسط نسبة الوزن إلى الطول. • أو التورم الناجم عن نقص البروتين في الغذاء	• ما بين ناقص ٣ علامات وأقل من ناقص علامتين من علامات الانحراف المعياري لنسبة الوزن إلى الطول. • ما بين ٧٠٪ وأقل من ٨٠٪ من متوسط نسبة الوزن إلى الطول.	• أقل من ناقص ٣ علامات للانحراف المعياري لنسبة الوزن إلى الطول. • أو ٧٠٪ من متوسط نسبة الوزن إلى الطول. • أو التورم الناجم عن نقص البروتين في الغذاء.
الكبار بين ٢٠ سنة و٥٩,٩ سنوات	• الرقم الدليلي لكتلة الجسم أقل من ١٧. • و/أو التورم الناجم عن نقص البروتين في الغذاء.	• ١٦ إلى أقل من ١٧ للرقم الدليلي لكتلة الجسم.	• أنظر المسائل الحساسة أدناه.

الأطفال

ملاحظات توجيهية:

تستعين مؤشرات نسبة الوزن إلى الطول بالبيانات المرجعية للمركز الوطني الأمريكي لإحصائيات الصحة ومراكز مكافحة الأمراض.

يعد قياس محيط الذراع أفضل طريقة لتقدير احتمالات الوفاة، ولا سيما لدى صغار الأطفال. وكثيراً ما يستخدم قياس محيط الذراع لتحديد أكثر الأشخاص عرضة للإصابة بسوء التغذية.

إن قياس نسبة الوزن إلى الطول هو من أكثر المؤشرات المستخدمة لتقدير مدى خطورة مشكلة صحية معينة، وهي الأداة المفضلة في عمليات التقييم والاستقصاء.

مسائل حساسة:

لا توجد عتبة متفق عليها لقياسات الجسم فيما يتعلق بسوء التغذية لدى الرضع دون سن ستة أشهر باستثناء التورم الناجم عن نقص البروتين في الغذاء. والواقع أن المراجع المتعلقة بالنمو المتاحة في المركز الوطني الأمريكي لإحصائيات الصحة ومراكز مكافحة الأمراض ليست مفيدة في الحالات التي تخصنا لأنها تتعلق بمجموعة من الرُضع الذين تلقوا أغذية صناعية، مع العلم أن معدلات النمو تختلف لدى الرضع الذين تلقوا لبن الأم. وبالتالي، فإن من المهم تقييم التقاليد المتبعة في تغذية الرضع، وعلى الأخص معرفة ما إذا كانوا يتغذون على لبن الأم وما يتطلبه ذلك من دعم للنساء المرضعات، إذ يساعد مثل هذا التقييم على قياس احتمالات إصابة هؤلاء الرُضع بسوء التغذية.

المراهقون

مسائل حساسة:

لا يوجد تعريف واضح وأكيد ومتفق عليه لسوء التغذية بين المراهقين (الذين تحدد منظمة الصحة العالمية عمرهم بين ١٠ و١٩,٩ سنوات). وتضم المؤشرات المستخدمة حاليا لقياس سوء التغذية بين المراهقين ما يلي:

الرقم الدليلي لكتلة الجسم حسب العمر. لا يستعمل هذا المؤشر في الظروف التي تنتشر فيها ظاهرة تأخر النمو التي يصعب معها تحديد السن. ويمكن في مثل هذه الحالات استخدام الرقم الدليلي لكتلة الجسم من حيث الطول. ونورد أدناه عتبات مؤقتة لهذين المؤشرين. وتساعد مؤشرات البلوغ، وهي على وجه التحديد الحيض لدى الفتيات واستغلاظ الصوت لدى الصبيان، في تحسين تفسير البيانات المستخلصة من الرقم الدليلي لكتلة الجسم، إذ أن ذروة النمو لدى المراهقين تحدث قبل هذين الحدثين الهامين في حياة الإنسان. غير أن عتبات الرقم الدليلي لكتلة الجسم لم تُثبت بعد، وبالتالي ينبغي استعمالها بحذر. ومن الضروري أن يقترن تقييم الحالة الغذائية للمراهقين بتقييم سريري.

تعاريف مؤقتة لسوء التغذية لدى المراهقين[1]

سوء التغذية الإجمالي	سوء التغذية المعتدل	سوء التغذية الحاد
• أقل من ناقص علامتين من علامات الانحراف المعياري للرقم الدليلي لكتلة إلجسم حسب السن، • أو أقل من ناقص علامتين من علامات الانحراف المعياري للرقم الدليلي لكتلة الجسم حسب الطول، • أو التورم الناجم عن نقص البروتين في الغذاء.	• ما بين ناقص ٣ علامات للانحراف المعياري وأقل من ناقص علامتين من علامات الانحراف المعياري للرقم الدليلي لكتلة الجسم حسب السن • أو ما بين ناقص ٣ علامات وأقل من ناقص علامتين من علامات الانحراف المعياري للرقم الدليلي لكتلة الجسم حسب الطول	• أقل من ناقص ٣ علامات الانحراف المعياري للرقم الدليلي لكتلة الجسم حسب السن، • أو أقل من ناقص ٣ علامات للانحراف المعياري للرقم الدليلي لكتلة الجسم حسب الطول، • أو التورم الناجم عن نقص البروتين في الغذاء.

تستعين هذه المؤشرات بالمعايير المرجعية للمركز الوطني الأمريكي لإحصائيات الصحة ومراكز مكافحة الأمراض.

ويمكن أيضاً تقييم حالة المراهقين من حيث مرحلة نموهم (عوضاً عن حساب السن أو قياس الطول)، مما يتيح تطبيق أنماط النمو المحلية والاستغناء بذلك عن البيانات المرجعية. غير أن هذا النهج لا يزال في مرحلة التكوين ويتطلب المزيد من البحث والإثبات.

البالغـون

ملاحظات توجيهية:

عند تقييم سوء التغذية الحاد لدى البالغين، يجب دائما إجراء فحص سريري، ذلك أن سوء التغذية المقترن بالمرض يؤدي إلى ارتفاع احتمالات الوفاة، كما هو الحال بالنسبة إلى الأطفال.

مسائل حساسة:

يعتبر نقص الطاقة المزمن لدى البالغين مؤشراً لبلوغهم عتبة سوء التغذية. ولا توجد في الواقع عتبات لقياس سوء التغذية المفاجئ لدى البالغين. غير أن هناك ما يفيد بأن عتبات سوء التغذية الحاد يمكن أن تقل عن ١٦ علامة من علامات الرقم الدليلي لكتلة الجسم. وينبغي أن تمُيز العتبة بين الأشخاص الذين تلزمهم أغذية خاصة للشفاء (أي الأشخاص الذين يعانون من سوء تغذية حاد سريع التفاقم) وأولئك الذين لا يحتاجون إلى مثل هذه الأغذية (أي أولئك الذين يعانون من نقص مزمن في الطاقة)، وهي أمور يجب التحقق منها. يضاف إلى ذلك أن من الصعب تطبيق عتبة عالمية للرقم الدليلي لكتلة الجسم على نطاق واسع، لأن هذه العتبة تختلف كثيراً باختلاف المجموعات السكانية المعنية، وذلك بصرف النظر عن حالتهم الغذائية. وعليه ينبغي الاستعانة بعوامل توازن مثل هذه الاختلافات.

ويمكن أن يجرّ استعمال الرقم الدليلي لقياس الجسم كأداة للفحص إلى ارتكاب أخطاء. إذ يمكن أن يعكس هذا الرقم اختلافات كبيرة ضمن مجموعة معينة من السكان، ليس بسبب الحالة الغذائية للأفراد بل بسبب شكل جسمهم. ولهذا السبب، ينبغي تقييم وضع البالغين عن طريق قياس محيط الذراع أيضاً ووضع عتبات مناسبة لهذا الغرض.

كما يمكن قياس محيط الذراع كأداة لفحص النساء الحوامل (باعتباره معياراً لتسجيلهن في برنامج التغذية). وبالنظر إلى الاحتياجات الغذائية للنساء الحوامل، يُرجح أن تصبحن أكثر عرضة للخطر بالمقارنة مع فئات السكان الأخرى (أنظر معيار التحليل رقم ٢). والواقع أن قياسات محيط الذراع لا تبين تغييرات ملحوظة خلال فترة الحمل. وقد تبيّن أنه إذا قل محيط الذراع عن ٢٠,٧ سم (خطر ملموس) و٢٣ سم (خطر معتدل) فإن ذلك يمكن أن يؤدي إلى تأخر نمو الجنين[٢]. ويرجح أن يختلف هذا الخطر باختلاف مجموعة السكان المعنية.

المسنون

مسائل حساسة:

لا يوجد حالياً أي معيار متفق عليه لقياس سوء التغذية بين المسنين، بالرغم من أن هذه الفئة يمكن أن تعاني بدورها من سوء التغذية في حالات الطوارئ. وترى منظمة الصحة العالمية أن عتبات الرقم الدليلي لقياس الجسم المستعملة للبالغين يمكن أن تستعمل للمسنين الذين تتراوح أعمارهم بين ٦٠ و٦٩ سنة. والواقع أن القياس الدقيق يطرح بعض المشاكل نتيجة لتقّوس العمود الفقري للمسنين وتكدس فقراتهم. ويمكن في مثل هذه الحالات استخدام قياس امتداد الذراعين (يُقاس ابتداءً من طرف سبابة أحد اليدين إلى طرف سبابة اليد الأخرى مع مد الذراعين) بدلا من قياس الطول. غير أن عامل الضرب المستخدم لقياس الطول يختلف باختلاف السكان. ويمكن تطبيق الرقم الدليلي لقياس الجسم على المسنين القادرين على الوقوف بشكل مستقيم. أما قياس محيط الذراع، فيمكن أن يكون أداة مفيدة لقياس سوء التغذية لدى المسنين. وهناك بحوث جارية حاليا بشأن تحديد عتبات مناسبة لقياس سوء التغذية لدى المسنين.

متوسط الزيادة في الوزن (بالغرامات والكيلوغرامات وقياس القُطر)

يحسب متوسط زيادة الوزن كالآتي: (الوزن عند الخروج من برنامج العلاج (غم) ناقص أقل وزن مسجل أثناء الشفاء (غم) ÷ (أقل وزن مسجل أثناء الشفاء (كغم) × عدد الأيام التي مضت منذ تسجيل أقل وزن الخروج من برنامج العلاج.

التورم الناجم عن نقص البروتين في الغذاء

هو الورم الثنائي المتناسب الذي لا يمكن إرجاعه إلى قصور القلب، والبيلة البروتينية الحادة، والفشل الكلوي أو القلبي، وأمراض الكبد أو الارتجاع المسبق.

حساب نسبة المنقطعين عن البرنامج في قوائم الخارجين من البرنامج

$$\frac{\text{عدد المنقطعين عن البرنامج}}{\text{عدد الخارجين من البرنامج}} \times ١٠٠٪$$

حساب نسبة الوفيات في قوائم الخارجين من البرنامج

عدد الوفيات في البرنامج × ١٠٠٪
عدد الخارجين من البرنامج

حساب نسبة الشفاء بين الذين أنهوا البرنامج

عدد الأفراد الذين تم التصريح لهم بترك البرنامج × ١٠٠٪
عدد الذين أنهوا البرنامج

الأشخاص الذين تعافوا

لكي يعتبر الفرد معافى من سوء التغذية، يجب ألا يعاني من أي تعقيدات طبية وأن يكون قد احتفظ بالزيادة في وزنه لمدة كافية (بعد عمليتي وزن متتاليتين مثلاً). وتتوقف عتبات زيادة الوزن (التي يجري التعبير عنها في شكل مؤشر غذائي) عند إعفاء الفرد من العلاج، على مجموعة من العوامل منها: إحالة المريض إلى برنامج آخر للتغذية يُعالج الذين يعانون من سوء التغذية المعتدل (يقصد بالمتعافين هنا الأفراد المحالين إلى التغذية التكميلية)؛ نوع البرنامج؛ وطبيعة المشكلة الغذائية. وتوفر البروتوكولات الخاصة بهذا المجال معايير مناسبة لوقف العلاج. وينبغي الالتزام بهذه المعايير التزاماً تاماً لتفادي المخاطر التي تنشأ عن ترك البرامج قبل الأوان. كما تضع البروتوكولات حدود متوسط المدة التي ينبغي أن يواصل المرضى خلالها برامج العلاج بالتغذية، وذلك لتفادي فترات النقاهة المطّولة (يمكن أن تتراوح الفترات النموذجية لمتابعة برنامج التغذية بين ٣٠و ٤٠ يوماً).

الرعاية الاجتماعية والأسرية

يُقصد بهذا التعبير ما تكرسه الأسرة والمجتمع المحلي من وقت واهتمام ودعم لتلبية الاحتياجات البدنية والعقلية والاجتماعية لأفراد الأسرة[٣]. وتُعد التقاليد الاجتماعية وآليات التضامن مهمة في مراعاة دور الأفراد وتأثيرهم في توفير الرعاية داخل أسرتهم. وهناك ستة أنواع من الأنشطة التي يقوم بها مقدمو الرعاية وهي: ١) رعاية النساء؛ ٢) الرضاعة الطبيعية وتغذية صغار الأطفال؛ ٣) حفز الأطفال والمراهقين ودعم

نموهم؛ ٤) عادات تحضير الطعام وحفظه؛ ٥) العادات في مجال المحافظة على النظافة؛ ٦) عادات الصحة المنزلية.

نسبة الوزن إلى الطول

هو مؤشر للحالة الغذائية يطبق على الأطفال. وعادة ما يقاس الطول في حالة الاستلقاء بدلاً من قياسه في حالة الوقوف لدى الأطفال الذين يقل طولهم عن ٨٥ سم أو الذين يقل سنهم عن عامين.

الملاحظات

١- WHO (1997, draft), The *Management of Nutrition in Major Emergencies*. (منظمة الصحة العالمية (١٩٩٧. مشروع)، إدارة التغذية في حالات الطوارئ الكبرى. منظمة الصحة العالمية، جنيف).

٢- WHO (1995) *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. WHO. (منظمة الصحة العالمية (١٩٩٥)، الحالة البدنية: استخدام قياسات الجسم وتفسيرها. منظمة الصحة العالمية، جنيف).

٣- تستند إلى تعاريف صندوق الأمم المتحدة للطفولة (١٩٩٧ أ).

المرفق ٢

الاحتياجات الغذائية

يمكن استخدام الأرقام التالية لأغراض التخطيط في المرحلة الأولى من حالة طوارئ:

العنصر المغذي	متوسط احتياجات السكان
الطاقة	٢١٠٠ سعرة
البروتينات	١٠ - ١٢٪ مجموع الطاقة (٥٢ - ٦٣غم) ولكن أقل من ١٥٪
الدهون	١٧٪ من مجموع الطاقة (٤٠ غم)
فيتامين ـــ أ	١,٦٦٦ وحدة دولية (أو ٠،٥ ملغم بدائل الريتينول
الثيامين (فيتامين ب ١)	٠,٩ ملغم (أو ٠,٤ ملغم لكل ١٠٠٠ سعرة)
الريبوفلافين (فيتامين ب ٢)	١,٤ ملغم (أو ٠,٦ ملغم لكل ١٠٠٠ سعرة)
النياسين (فيتامين ب ٣)	١٢,٠ ملغم (أو٦,٦ ملغم لكل ١٠٠٠ سعرة)
فيتامين ج	٢٨,٠ ملغم
فيتامين د	٢,٣ - ٣,٨ مكروغم كالسيفيرول
الحديد	٢٢ ملغم (معدل الامتصاص (أي ٥ ـــ ٩٪))
اليود	١٥٠ مكروغم

تم اقتباسه وتعديله من: منظمة الصحة العالمية (١٩٩٧ مشروع) وبرنامج الأغذية العالمي/ مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٧).

المرفق ٣

القيم المؤقتة لتركيز العناصر المغذية

بالنظر إلى عدم وجود جداول تبين احتياجات السكان المعنيين إلى هذه العناصر المغذية الأساسية، نقترح التركيزات التالية من العناصر المغذية كأداة مؤقتة يمكن الاسترشاد بها في تخطيط برامج التغذية.

ويرتبط التركيز المرغوب للعناصر المغذية الوارد أدناه بما يتناوله اللاجئون من طعام. وقد أوردنا «عتبة دنيا» لتركيز العناصر المغذية كحد أدنى ينبغي ألا يقل عنه في الوجبة الغذائية الكاملة.

	الوحدة	التركيز المرغوب للعناصر المغذية	العتبة الدنيا لتركيز العناصر المغذية
المعادن: تحسب كل القيم بـ ١٠٠ سعرة			
البوتاسيوم	ملغم	١٩٠	٧٤
الصوديوم	ملغم	٦٠	٢٦
المغنيزيوم	ملغم	٣٠	١٠
الكالسيوم	ملغم	٨٤	٢٨
الفسفور	ملغم	٧٠	٢١
الزنك	ملغم	٠,٩	٠,٤
النحاس	مكروغم	٩٥	٢٨
السلينيوم	مكروغم	٣,٦	١,٨٥
المنغنيز	مكرومول	٠,٣	
الكروم	نانومول	٢	
المولبيدينوم	نانومول	٥	
الفلورين	مكرومول	أقل من ١	

المصدر: Golden M H N. Briend A, Grellerty Y (1995). Report of meeting on supplementary feeding programmes with particular reference to refugee population. European Journal of Clinical Nutrition. No 49. p. 137-145.

تقرير الاجتماع المعني ببرامج التغذية التكميلية مع إشارة خاصة إلى اللاجئين. المجلة الأوروبية للتغذية السريرية).

المرفق ٤

مراجع مختارة

FAO/WHO (mixed years), *Joint FAO/WHO Food Standards Programme. Codex Alimentarius Commission*, Volumes 1 to 14. Further information is available from codex@FAO.org.

Jaspars, S and Young, H (1995), Good Practice Review 3: *General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities*. Relief and Rehabilitation Network/Overseas Development Institute. London.

MSF (1995), *Nutrition Guidelines*. Médecins Sans Frontières. Paris.

Overseas Development Institute/People In Aid (1998), *Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel*. ODI/People In Aid. London.

Oxfam (1997 draft), *Food Security: an Oxfam Perspective. Theory and Practice of Assessment and Analysis in Emergencies*. Oxfam. Oxford.

Save the Children (1995), *Toolkits. A Practical Guide to Assessment, Monitoring, Review and Evaluation*. Development Manual 5. Save the Children Fund (UK), London.

Shoham, J (1994), Good Practice Review 2: *Emergency Supplementary Feeding Programmes*. Relief and Rehabilitation Network/Overseas Development Institute. London.

Sommer, A (1995), *Vitamin A Deficiency and its Consequences: a Field Guide to Detection and Control*. WHO. Geneva.

UNHCR/WFP (1999), *Guidelines for Selective Feeding Programmes in Emergency Situations*. United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

UNICEF (1997a), *The Care Initiative. Assessment Analysis and Action to Improve Care for Nutrition*. Nutrition Section, UNICEF. New York.

UNICEF (1997b), *Progress of Nations.*

Walker, D J (ed) (1992), F*ood Storage Manual.* World Food Programme/ Natural Resources Institute.

WCRWC/UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement.* Women's Commission for Refugee Women and Children. New York.

Weatherall, D J, Ledington, J G G, Warrell, D A, (eds) (1996), *Oxford Textbook of Medicine*, 3rd ed. Oxford University Press, Oxford. See section on severe malnutrition, pp 1278-1296.

WFP/UNHCR (December 1997), *Joint WFP/UNHCR Guidelines for Estimating Food and Nutritional Needs in Emergencies.* Rome/Geneva.

WFP/UNHCR (March 1997), *Memorandum of Understanding on the Joint Working Arrangements for Refugee, Returnee and Internally Displaced Persons Feeding Programmes.* World Food Programme. Rome.

WFP/UNICEF (February 1998), *Memorandum of Understanding between World Food Programme (WFP) and United Nations Children's Fund (UNICEF).* New York.

WHO (1998a), *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge.* UNICEF, University of California Davis, WHO and ORSTROM. WHO, Geneva.

WHO (1998b), *Management of Severe Malnutrition - a Manual for Physicians and* Other Senior Health Workers. World Health Organization, Geneva.

WHO (1981), International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. World Health Organization. Geneva.

منظمة الصحة العالمية (١٩٨١) المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، منظمة الصحة العالمية، جنيف.

WHO (1995), Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. World Health Organization. Geneva.

WHO (1997, draft), *The Management of Malnutrition in Major Emergencies.* World Health Organization. Geneva. This is an update of an earlier WHO publication: De Ville de Goyet, C, Seaman, J, and Geijer, U (1978), *The*

Management of Nutritional Emergencies in Large Populations. World Health Organization, Geneva.

WHO (1996), *Trace Elements in Human Nutrition and Health*. World Health Organization. Geneva.

WHO (1997), *Vitamin A Supplements: A Guide to their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia*. Second Edition. WHO/UNICEF/IVACG Task Force.

منظمة الصحة العالمية (١٩٩٠) مكملات الفيتامين ــ أ، دليل استخدامها في معالجة وتوقي عوز الفيتامين ــ أ وجفاف المقلة. أعده فريق العمل المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والمجموعة الاستشارية الدولية المعنية بالفيتامين ــ أ.

Young, H (1992), *Food Scarcity and Famine: Assessment and Response*. Oxfam Practical Health Guide No 7. Oxfam. Oxford.

مصادر أخرى

«نوتكالك» عبارة عن برنامج الكتروني بسيط لتحليل الحصص الغذائية، يمكن استعماله على نظام MS-DOS وقد أعدته منظمة مكافحة الجوع.




المعايير الدنيا
للمعونة الغذائية





المعايير الدنيا للمعونة الغذائية

المحتويـــات

للإطلاع على قائمة المصطلحات العامة وأسماء أهم الهيئات والمنظمات التي ورد ذكرها في الكتاب، أنظر الملحق ١ والملحق ٢ في نهاية الكتاب.

المعايير الدنيا للمعونة الغذائية

مقدمـــــة

المعايير الدنيا للمعونة الغذائية هي التعبير العملي للمبادئ والحقوق التي يجسدها الميثاق الإنساني. علماً بأن هدف الميثاق هو تلبية الاحتياجات الأساسية بما يكفل بقاء الأشخاص المتضررين من الكوارث أو النزاعات على قيد الحياة، وصون كرامتهم وفقا للقوانين الدولية لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني وقانون اللاجئين، التي تستند إليها الوكالات لتقديم خدماتها. وتتعهد هذه الوكالات بأن تلتزم في عملها، بمبادئ الإنسانية وعدم التحيز وبالمبادئ الأخرى المحددة في قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية للإغاثة في حالات الكوارث. ويؤكد الميثاق الإنساني مجددا أهمية ثلاثة مبادئ أساسية هي:

- **الحق في حياة كريمة.**
- **التمييز بين المقاتلين وغير المقاتلين**
- **مبدأ عدم طرد اللاجئين**

وتنقسم المعايير الدنيا إلى مجموعتين عامتين هما: المعايير المتعلقة بحقوق الأشخاص مباشرة، وتلك الخاصة بالإجراءات التي تتخذها الوكالات لضمان تمتع الأشخاص بهذه الحقوق. وتجمع بعض المعايير الدنيا بين هاتين المجموعتين.

١- أهمية الأغذية في حالات الطوارئ

يحتاج الناس جميعاً إلى استهلاك كميات كافية من الغذاء ذي الجودة المقبولة للمحافظة على صحتهم وعافيتهم. فإذا تعذر على مجموعة معينة من السكان ــ في أعقاب كارثة معينة ــ أن تحصل على غذائها كما اعتادت أن تفعله، فقد يلزم عندئذ تنظيم عملية إغاثة لتزويدها بالمعونة الغذائية اللازمة. وكثيراً ما

يُلاحظ في هذه الحالات أن الناس يميلون إلى اختيار حلول تفتقر إلى بُعد النظر لتأمين معيشتهم،كالتخلي عن ممتلكاتهم عندما يعجزون عن الحصول على كميات كافية من الغذاء. وهي حلول يمكن أن تجّرهم إلى الفاقة والاعتلال وغير ذلك من الآثار السلبية البعيدة المدى. ويمكن للمعونة الغذائية في مثل هذه الظروف أن تلعب دوراً مهماً في مساعدة المستفيدين منها على الاعتماد على أنفسهم واستعادة قدرتهم على مواجهة الصدمات في المستقبل.

وإذا تعذر توفير كميات كافية من الأغذية في إطار المعونة الغذائية، فمن المرجح أن يؤدي ذلك إلى إضعاف تأثير المساعدات المقدمة في إطار مجالات العمل الإنساني الأخرى أيضاً. إذ يمكن أن يؤدي نقص المواد الغذائية إلى زيادة حالات سوء التغذية بالرغم من وجود برامج للتغذية؛ كما أن خدمات الصحة وحدها لا تكفي لتفادي الأمراض، إذ يمكن لهذه الأمراض أن تتفاقم نتيجة لنقص الحصيلة الغذائية للسكان المتضررين؛ كما أن من شأن نقص كميات الغذاء المتاحة أن يُعّرض الناس للإصابة بالأمراض بسبب تدهور مناعتهم وتناقص المخزون الغذائي في جسمهم، وذلك حتى لو توفرت لهم مرافق صحية مناسبة.

وعليه ينبغي أن يكون الغرض من المعونة الغذائية هو:

- مساعدة السكان المتضررين من الكوارث على إقامة أودهم عن طريق ضمان توفير كميات كافية من الأغذية وضمان حصول الجميع عليها (أنظر أيضاً المعايير الدنيا للتغذية، الفصل ٢).
- توفير موارد كافية من الغذاء لتفادي لجوء المتضررين إلى حلول قصيرة المدى لإقامة أودهم. وهي حلول كثيراً ما تنطوي على آثار سلبية على كرامة الإنسان وإمكانيات عيش الأسر وضمان احتفاظهم بسبل عيشهم، كما يمكن أن تنطوي على آثار سيئة على البيئة.
- تزويد المستفيدين من المعونة بدخل أو بديل لدخلهم لفترة محدودة بحيث يمكن للأسر أن تستثمر مواردها في إعادة تأهيل نفسها وفي أنشطة التنمية الطويلة الأجل.

عادة ما تتحمل النساء مسؤولية توفير الغذاء للأسرة. ولما كانت النساء يمثلن، مع أطفالهن، أهم فئات السكان المتلقية للمعونة الغذائية، فلا بد من أن يلعبن دوراً مهماً في وضع برامج عادلة ومناسبة ومتاحة للجميع في

مجال المعونة الغذائية. كما أن من الضروري مراعاة دور الجنسين والتقاليد الاجتماعية التي من شأنها أن تؤثر في طريقة حصول النساء والرجال على الغذاء. ويلزم أيضاً اتخاذ إجراءات لمراقبة العنف أو الاستغلال الجنسي في مواقع توزيع الغذاء والوقاية منه ومواجهته. ولذا، فإن من المهم تشجيع النساء على المشاركة في إعداد برامج المعونة الغذائية وتنفيذها حيثما أمكن.

٢- ترتيب هذا الفصل

ينقسم هذا الفصل إلى سبعة أقسام (تحليل الوضع، المشاركة، التنسيق، وما إلى ذلك)، يضم كل قسم منها ما يلي:

- **المعايير الدنيا**: هي الحد الأدنى من الخدمات التي يراد تقديمها في كل مجال من مجالات العمل الإنساني.
- **المؤشرات الأساسية**: هي «علامات» يسترشد بها لمعرفة مدى تحقيق المعيار المطلوب. وتوّفر المؤشرات طريقة لقياس أثر برنامج معين أو نتيجته، ولقياس الإجراءات أو الأساليب المتبعة لتنفيذه وإحاطة المعنيين علما بذلك. ويمكن أن تكون هذه المؤشرات كمية أو نوعية.
- **الملاحظات التوجيهية**: هي اعتبارات محددة ينبغي أن تؤخذ في الحسبان عند تطبيق المعايير في مختلف الظروف ويُسترشد بها لتجاوز الصعوبات العملية ومعالجة الأمور ذات الأولوية. ويمكن أن تتضمن هذه الملاحظات التوجيهية قضايا حساسة تتعلق بالمعايير أو المؤشرات، كما يمكن أن تصف مشاكل مستعصية أو المشاكل التي يدور حولها جدال أو الثغرات في المعارف الحالية. ومن شأن معالجة هذه الثغرات أن يسهم في تحسين المعايير الدنيا للمعونة الغذائية في المستقبل.

وبالإضافة إلى ذلك، يسلط المرفق ١ الأضواء على بعض المسائل الحساسة، ويوفر المرفق ٢ مجموعة مختارة من المراجع.

وقد اخترنا صياغة المعايير وترتيبها بهذه الصورة عن قصد. فيتعلق القسم الأول من هذا الفصل بتحليل المشكلة وبمشاركة السكان المتضررين من الكارثة في برامج المعونة الغذائية. أما الأقسام المتبقية (أي: الاحتياجات، تحديد الفئات المستفيدة، إدارة الموارد، النقل والإمداد، التوزيع) فتلي القسم الأول في تتابع منطقي وتغطي أهم جوانب برامج المعونة الغذائية. وأخيراً،

ينطبق القسم ٧ على كل جوانب عمل مجال المعونة الغذائية ويتناول المسائل المتعلقة بالمؤهلات اللازمة لتنفيذ برامج المعونة الغذائية بشكل فعال.

وقد أشرنا في هذا الفصل إلى المعايير التقنية المطبقة في مجالات العمل الإنساني الأخرى كلما لزم الأمر، وذلك لبيان الصلة الوثيقة بين تقدم العمل في أي من هذه المجالات بتقدمه في المجالات الأخرى.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك علاقة وثيقة بين معايير المعونة الغذائية ومعايير التغذية بوجه خاص. فهناك تداخل بين المجالين من حيث المعلومات المطلوبة لتقييم الوضع وحصر الاحتياجات. كما أن هناك نقاط مشتركة بين المجالين فيما يتعلق بتقدير الاحتياجات الغذائية، ومن ثم إلى الأغذية.

وقد اخترنا مع ذلك أن نعرض هذين المجالين في فصلين مختلفين لثلاثة أسباب: أولها هو أن التغذية في حالات الطوارئ هي أكثر من مجرد اتخاذ قرارات بشأن الحاجة إلى المعونة الغذائية. والسبب الثاني هو أن تنظيم المعونة الغذائية يستلزم اتباع خطوات محددة تتعلق بإجراءات الإدارة المالية والنقل والإمداد، كما أن دمج المجالين كان من شأنه أن ينتهي إلى تكوين فصل مفرط الطول والتشعب. أما السبب الثالث فهو أن التغذية كثيراً ما ترتبط بقضايا الأمن الغذائي الأوسع نطاقاً وبالتالي لا يمكن حصرها في المعونة الغذائية وحدها. وبالرغم من أن المعونة الغذائية يمكن أن تكون عاملا من عوامل تحقيق الأمن الغذائي، فلا بد من استعمال معايير أخرى لتغطية هذا المجال إلى جانب معايير التغذية.

١- تحليل الوضع

ينبغي أن تقوم برامج تلبية احتياجات السكان المتضررين من الكوارث على فهم واضح للوضع السائد، بما فيه العوامل السياسية والأمنية والتطورات المتوقعة. وينبغي أن يطمئن السكان المتضررين من الكارثة والوكالات الإنسانية نفسها والمتبرعين والسلطات المحلية إلى فائدة عمليات المساعدة وفعاليتها. وبالتالي فإن من المهم تحليل وقع الكارثة وتأثير برنامج المعونة الغذائية نفسه. فإن لم تُحدد المشكلة وتُفهم بشكل صحيح أولا، فسيكون من الصعب، بل ومن المستحيل تقديم المعونة الغذائية المناسبة.

ينطوي تحليل احتياجات السكان المتضررين من جراء كارثة معينة إلى المعونة الغذائية على صعوبات محددة. فيمكن للكارثة مثلاً أن تؤدي إلى الحد من إمكانيات حصول الناس على الغذاء بصورة مباشرة وذلك من خلال وقعها على الإنتاج الزراعي أو على مخزون الأسر من المواد الغذائية. كما يمكن أن تحّد الكارثة من إمكانيات حصول الناس على غذائهم بصورة غير مباشرة نتيجة لقطع طرق الوصول إلى الأسواق. وقد لا تكون المعونة الغذائية ـــ في بعض الحالات ـــ سوى أسلوب من جملة أساليب عديدة يمكن للناس أن يحصلوا بفضله على غذائهم من جديد. ويمكن أن تتمثل الأساليب الأخرى في ترميم الطرق بعد حدوث زلزال مثلاً، أو في بيع المواد الغذائية في الأسواق لتحقيق استقرار أسعار السوق.

وكثيراً ما ينجح السكان المتضررون من كارثة معينة في تأمين جزء من مؤنهم الغذائية من مواردهم الخاصة. غير أن ذلك لا يَصدق على حالات نزوح السكان التي يتعذر فيها على الناس الحصول على أي غذاء. ولا توجد في الواقع أساليب عملية للتقييم يمكن بفضلها التمييز بدقة بين الاحتياجات المختلفة للأسر إلى المعونة الغذائية. وبالتالي لا يمكن تقدير احتياجات السكان المتضررين إلى المعونة الغذائية تقديراً دقيقاً، إلا إذا كان هؤلاء الأشخاص يعتمدون اعتماداً كاملاً على المعونة الغذائية للبقاء على

قيد الحياة. ولكن، ينبغي مع ذلك تقدير احتياجات مجمل السكان. كما أن من الصعب تحديد من هم بأمس الحاجة إلى المعونة الغذائية تحديداً دقيقاً من الناحية العملية. ومن الضروري أن تؤخذ كل هذه الصعوبات العملية في عين الاعتبار عند تطبيق معايير التحليل.

وينبغي تطبيق معايير تحليل الوضع قبل الشروع في تنفيذ البرنامج وخلال فترة تنفيذه بأكملها. ويبدأ التحليل بإجراء حصر أولي مباشر، الغرض منه تحديد وقع الكارثة وما إذا كان ينبغي الاستجابة لها أم لا، وتحديد طريقة هذه الاستجابة إذا كانت ضرورية. وبعد الانتهاء من الحصر الأولي ينبغي مباشرة أعمال الرصد التي تبين مدى تلبية البرنامج لاحتياجات الأشخاص المتضررين وتحدد ما إذا كان يلزم إدخال تعديلات عليه أم لا. وينتهي التحليل بالتقييم الذي يبين مدى فعالية البرنامج إجمالا ويستخلص الدروس المناسبة للمستقبل.

وبالنظر إلى قلة الأساليب المتاحة لتقييم الاحتياجات الغذائية في حالات الكوارث، فإن إطلاع كل المعنيين على المعلومات والمعارف يعتبر عنصراً أساسياً للتوصل إلى فهم كامل للمشكلة ولتنسيق المساعدات بشكل ملائم. كما أن جمع الوثائق ونشر المعلومات المستخلصة من عملية التحليل يسهمان في فهم الآثار الضارة للكوارث على الصحة العامة وغيرها من الآثار فهماً أشمل. ويمكن أن يساعد جمع المعلومات في تحسين استراتيجيات الوقاية من الكوارث والتخفيف من حدتها.

معيار التحليل رقم ١: الحصر الأولي

ينبغي فهم الظروف التي تعرّض السكان لخطر سوء التغذية وتخلق الحاجة إلى المعونة الغذائية قبل اتخاذ أي قرار بشأن البرنامج المطلوب.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يضطلع موظفون ذوو خبرة مناسبة بإجراء الحصر الأولي على الفور، وفقاً لإجراءات دولية متفق عليها.
- ينبغي إجراء الحصر الأولي بالتعاون مع فريق يضم ممثلين من مختلف مجالات العمل الإنساني (توفير الماء والإصحاح، التغذية، الغذاء،

المأوى، الصحة) وبالتعاون مع السلطات المحلية والسكان المتضررين، رجالاً ونساءً، والوكالات الإنسانية التي تنوي تقديم مساعدتها.

- ينبغي جمع المعلومات وعرضها بطريقة تساعد على اتخاذ قرارات تتسم بالشفافية والاتساق.
- ينبغي تصنيف البيانات حسب الجنس والسن.
- وينبغي أن تضم المعلومات التي تُجمع ما يلي:
  - نطاق النزوح وطبيعته.
  - معلومات عن أساليب حصول السكان على الأغذية قبل وقوع الكارثة، بما فيها:

    الأساليب الاعتيادية التي كان السكان المتضررون يستخدمونها للحصول على أغذيتهم قبل وقوع الكارثة، مع مراعاة الاعتبارات الموسمية.

    العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي كانت تؤثر في طريقة حصول السكان على غذائهم قبل وقوع الكارثة، بما في ذلك أوجه التفاوت ضمن السكان وفيما بينهم في المنطقة المعنية.
  - معلومات عن تأثير الكارثة في حصول السكان المتضررين على غذائهم وتحليل ذلك التأثير، بما فيه:

    المرض وسوء التغذية.

    الآثار المباشرة للكارثة على أسر تنتمي إلى فئات اقتصادية مختلفة.

    الآثار غير المباشرة للكارثة على الاقتصاد والاقتصاد السياسي العام، بما في ذلك التغييرات في تموين السوق، وفي الطلب والأسعار، والتغييرات في السيطرة السياسية على الإمدادات الغذائية.

    العوامل التي تؤثر في سلامة السكان المتضررين وأمنهم والقيود المفروضة على حرية حركتهم والوصول إليهم.

    كل ما يشير إلى أن الأسر ليست قادرة على تعويض العجز في مواردها الغذائية.

الاحتياجات النسبية لمختلف شرائح السكان المتضررين (من حيث سنهم وجنسهم مثلاً).

مدى ضرورة تقديم المعونة لتفادي الفقر الناجم عن فقدان وسائل الإنتاج أو الناجم عن اختيار حلول جذرية من أجل الحصول على دخل.

الوقع السلبي المحتمل للمعونة الغذائية.

- ينبغي أن تُقدم توصيات بشأن الحاجة إلى التماس المساعدة الخارجية أو الاستغناء عنها. فإذا كانت المساعدة الخارجية ضرورية، وجب عندئذ تقديم توصيات بشأن أولويات هذه المساعدة واستراتيجية توفيرها والموارد اللازمة لتقديمها. ولا بد من مراعاة العوامل التالية عند تقديم هذه التوصيات:
  - حجم برنامج المعونة الغذائية ونطاقه ومدته.
  - العدد التقديري للسكان المتضررين والخصائص السكانية.
  - الهيكل الاجتماعي والسياسي للسكان المتضررين.
  - القدرات والموارد المحلية.
  - احتياجات الفئات الأكثر عرضة للخطر.
  - الوصول إلى السكان المتضررين وأفضل طريقة لتوفير الغذاء لهم
  - المدة التي قد يلزم توفير المعونة الغذائية خلالها
  - موارد ومرافق النقل والإمداد اللازمة لتوصيل المعونة الغذائية بالفعل، والبينة الأساسية والمرافق والخدمات المحلية المتاحة.
  - العوامل التي تؤثر في السلامة والأمن الشخصيين للسكان المتضررين. إذ أن التهديدات الأمنية المحددة التي تواجهها الفئات الضعيفة، كالنساء والفتيات، يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند وضع برامج المعونة الغذائية.
  - الآثار السلبية المباشرة التي يمكن أن تسببها المعونة الغذائية، بما في ذلك: انتقال السكان إلى مواقع توزيع المواد الغذائية، تزايد الاضطرابات الأمنية حول مواقع المعونة الغذائية، هجر السكان

للأراضي الزراعية، انهيار الأسواق المحلية، وانخفاض الإنتاج الزراعي.

- الآثار التي يمكن أن تستتبعها المعونة المقترحة في الأجل الطويل، بالإضافة إلى وقعها على البيئة.

- ينبغي إعداد تقرير يغطي أهم مجالات العمل ويقدم توصيات مناسبة.
- ينبغي إطلاع مجالات العمل الإنساني الأخرى والسلطات المحلية والوكالات المشاركة في عملية الإغاثة وممثلي السكان المتضررين، رجالاً ونساءً، على استنتاجات تقرير التقييم.

ملاحظات توجيهية

١- ***إجراءات الحصر الأولي المقبولة دولياً:*** أنظر أطباء بلا حدود (١٩٩٥) وصندوق إنقاذ الطفولة (١٩٩٥) والشباب (١٩٩٢) وبرنامج الأغذية العالمي/ المفوضية السامّية لشؤون اللاجئين (كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٧).

٢- ***التوقيت:*** يُعد التوقيت أساس الحصر الأولي الذي ينبغي إجراؤه في أسرع وقت ممكن بعد وقوع الكارثة. وينبغي في الوقت نفسه تلبية الاحتياجات الأساسية على الفور، عند الضرورة. وكقاعدة عامة، يستحسن إعداد تقرير الحصر خلال الأسبوع التالي للوصول إلى موقع الكارثة، وإن كان ذلك يعتمد على نوع الحدث والوضع العام.

٣- ***المسؤولون عن إجراء الحصر:*** ينبغي الاستعانة بأشخاص قادرين على جمع المعلومات من السكان المتضررين بكل فئاتهم بطريقة مقبولة اجتماعياً. كما ينبغي أن تولى أهمية خاصة لجنس هؤلاء الأشخاص ومعارفهم اللغوية. ويستحسن تحقيق توازن بين عدد الرجال والنساء المشاركين في أعمال الحصر.

٤- ***إجراءات حصر الاحتياجات:*** ينبغي أن يتفق المشاركون كافة على إجراءات الحصر قبل الشروع في عملهم الميداني، وينبغي أن تُسند مهام الحصر المحددة إلى كل منهم بناء على ذلك.

٥- ***جمع المعلومات:*** هناك أساليب عديدة لجمع المعلومات، ينبغي إيلاء عناية خاصة لاختيار أنسبها للحالة المعنية ولنوع المعلومات التي يراد جمعها. وينبغي، كقاعدة عامة، زيادة تواتر عمليات جمع المعلومات عندما تطرأ

تغييرات سريعة في الوضع أو تطورات حاسمة، منها على سبيل المثال تنقلات جديدة للسكان أو تفشي مرض الإسهال مثلاً. وإذا كان الحصر الأولي سريعاً وجزئياً أحياناً، فإن التحليل عادة ما يتحسن مع مرور الوقت ومع توفر المزيد من البيانات. وتمثل الاستعانة بالاستبيانات طريقة مفيدة للتأكد من تغطية كل المسائل المهمة التي يراد تحليلها.

٦- ***مصادر المعلومات:*** تشكل المصادر المتاحة بالفعل مصدراً مهماً للمعلومات، وتشمل المؤلفات المتوفرة، كالكتب التاريخية ذات الصلة بالموضوع والبيانات التي كانت متاحة قبل حالة الطوارئ. ويمكن استقاء المعلومات أيضاً عن طريق الحوار مع الأشخاص المعنيين المطلعين، بمن فيهم المتبرعين وموظفي الوكالة الإنسانية المعنية وموظفي الدولة والأخصائيين المحليين وقادة المجتمع المحلي من الرجال والنساء وكبار السن والموظفين الصحيين المشاركين في العملية والمعلمين والتجار وغيرهم. ويمكن أيضاً للمناقشات العامة مع السكان المتضررين أن توفر معلومات مفيدة عن معتقدات السكان وتقاليدهم. ويمكن الحصول على المعلومات من مصادر أخرى أيضاً كشبكات الإنذار المبكر وأعمال تقييم الضعف والخطط الوطنية أو الإقليمية للتأهب للكوارث. وينبغي شرح الأساليب المتبعة في جمع المعلومات وحدود التعويل عليها بوضوح. كما ينبغي الامتناع عن تقديم المعلومات بطريقة تعكس صورة مشوهة عن الوضع الحقيقي.

٧- ***اعتبارات أساسية:*** ينبغي أن يراعي التقييم حقوق السكان المتضررين من الكوارث المنصوص عليها في القانون الدولي. وينبغي أن يعكس الحصر الأولي والتحليل اللاحق إدراكاً للقضايا الهيكلية والسياسية والأمنية والاقتصادية والسكانية والبيئية للمنطقة. ولا بد من مراعاة خبرة السكان المتضررين من الكوارث وآرائهم عند تحليل آليات حالة الطوارئ الجديدة ووقعها. ويستلزم ذلك الاستعانة بالخبرات والمعارف المحلية عند جمع البيانات وتحليل الموارد والقدرات وأوجه الضعف والاحتياجات. ويجب أيضاً مراعاة ظروف المعيشة الحالية للنازحين وغير النازحين في المنطقة وظروف معيشتهم قبل حالة الطوارئ.

٨- ***الماشية:*** لا بد من تقييم وتحليل طبيعة ونطاق المخاطر التي تهدد صحة الماشية وتؤدي إلى نفوقها، عندما تمثل تربية الماشية أحد مقومات معيشة

السكان، . وينبغي مراعاة الظواهر التالية بوصفها مؤشرات لمدى الخطر الذي يحيق بالماشية: معدلات مقايضة الماشية بالحبوب؛ بيع الحيوانات على وجه السرعة؛ حق الرعي والسقي والخدمات البيطرية المتاحة.

٩- ***الفئات المعرضة للخطر:*** يجب مراعاة احتياجات الفئات المعرضة لأخطار إضافية، كالنساء والفتيات والقاصرين غير المصحوبين بذويهم والأطفال والمسنين والمصابين بعجز. كما ينبغي الكشف عن الأدوار التي يسندها النظام الاجتماعي للرجال والنساء.

١٠- ***استتباب الوضع:*** ينبغي أن يشكل التفكير والتحليل بشأن فترة ما بعد الكارثة جزءاً من الحصر الأولي لكي تسهم العمليات الرامية إلى تلبية احتياجات الطوارئ الفورية في تعزيز استتباب وضع السكان المتضررين.

معيار التحليل رقم ٢: الرصد والتقييم

ينبغي رصد وتقييم أداء برنامج المعونة الغذائية وفعاليته وتطورات الوضع المتوقعة.

مؤشرات أساسية

- ينبغي جمع معلومات مفيدة للرصد والتقييم على وجه السرعة وتسجيلها وتحليلها بطريقة تلتزم بالدقة والمنطق والاتساق والوضوح.
- ينبغي وضع نظم تكفل مراقبة مخزون المواد الغذائية واستعمالها وتوزيعها.
- ينبغي وضع نظام لمراقبة قنوات التوريد والكشف عن المشاكل التي يلزم اتخاذ تدابير تصحيحية بشأنها.
- ينبغي مراقبة نوعية نظام توزيع الأغذية.
- ينبغي تنظيم زيارات ومقابلات مع الأسر المستفيدة من المعونة الغذائية للحصول على آرائهم بشأن فعالية برامج المعونة.
- ينبغي رفع تقارير تحليلية منتظمة عن وقع حالة الطوارئ وتأثير البرنامج في الحالة الغذائية للسكان. كما ينبغي إعداد تقارير عن تطورات الوضع وغيرها من العوامل التي قد تدعو إلى إدخال تعديلات على البرنامج.

- ينبغي وضع نُظم تُسّهل تبادل المعلومات بين البرنامج ومجالات العمل الإنساني الأخرى والسكان المتضررين والسلطات المحلية المعنية والمتبرعين وغيرهم، حسب الحاجة.
- ينبغي أن تبين أنشطة الرصد مدى فعالية البرنامج في تلبية احتياجات الفئات التي يستهدفها ضمن السكان المتضررين.
- ينبغي استشارة السكان المتضررين، نساءً ورجالاً وأطفالاً، بانتظام وإشراكهم في أنشطة الرصد.
- ينبغي تقييم البرنامج في ضوء الأهداف التي وضعها والحد الأدنى من المعايير المتفق عليها لقياس فعاليته ووقعه الإجماليين على السكان المتضررين.

ملاحظات توجيهية

١- ***واجب الوكالات الإنسانية:*** تؤتمن الوكالات المعنية بتنفيذ برامج المعونة الغذائية على كميات كبيرة من الموارد الغذائية لصالح الأشخاص الذين لحقت بمواردهم أضرار بالغة. وعلى الوكالات أن تراقب طريقة استعمال المعونة الغذائية وصرف أموال البرنامج شأنها شأن كل الموارد الأخرى.

٢- ***استعمال معلومات الرصد:*** تتسم الطوارئ، بحكم طبيعتها، بالتقّلب والتغيّر المستمرين. وبالتالي، فإن من المهم الحصول على معلومات منتظمة عن آخر التطورات في الوضع لضمان مواكبة برنامج المساعدة لهذه التطورات. وينبغي أن تتضمن الدراسات والتقديرات المنتظمة للوضع كل المعلومات المستخلصة من الرصد المنتظم لبرنامج الإغاثة. وقد يلزم في بعض الظروف تغيير استراتيجية الإغاثة المتبّعة لضمان تكييفها مع أهم التغييرات في الاحتياجات.

٣- ***استعمال المعلومات المستخلصة من حصر الاحتياجات:*** ينبغي استخدام المعلومات التي تم جمعها في إطار حصر الاحتياجات عند الاضطلاع بأنشطة رصد برامج المعونة الغذائية وتقييمها.

٤- ***أنشطة الرصد:*** يمكن أن تتضمن أنشطة الرصد مجموعة من الإجراءات منها: المراجعات المنتظمة لوثائق الجرد وإعداد تقارير عن طريقة استعمال الإمدادات الغذائية؛ إجراء عمليات تفتيش مستقلة على

كميات المواد الموزعة وضمان توزيعها بشكل عادل؛ استعراض سجلات توزيع المواد الغذائية وإجراء عمليات تفتيش عشوائية على الحصص التي يتلقاها المستفيدون؛ إجراء زيارات عشوائية للأسر التي تتلقى المعونة الغذائية للتأكد من فائدة الحصة ومدى تقّبل المستفيدين لها.

٥- ***زيارة الأسر:*** من شأن إجراء زيارات لأُسر محددة أن يوفر معلومات عن مدى تقبّلها وتناولها لحصص الأغذية التي توزع عليها. كما يمكن، بفضل هذه الزيارات الكشف عن الأشخاص الذين لا يتلقون المعونة الغذائية على الرغم من انطباق معايير توفير المعونة الغذائية عليهم.

٦- ***آثار المعونة الغذائية على ميادين الحياة الأخرى:*** عند رصد البرامج، ينبغي مراعاة آثار نظام توزيع الأغذية على جملة مجالات منها: الدورة الزراعية؛ ظروف السوق؛ توافر المنتجات الزراعية محليا؛ والنشاط الزراعي نفسه.

٧- ***السلامة:*** تُمثل مراقبة مواقع توزيع الأغذية أهمية كبيرة لضمان توزيع المعونة الغذائية بشكل عادل وفي جو يسوده الآمان، ولا سيما فيما يخص النساء والأطفال.

٨- ***استعمال المعلومات ونشرها:*** ينبغي أن تكون المعلومات التي يجري جمعها وثيقة الصلة ببرنامج المساعدة، أي ينبغي أن تكون مفيدة ويمكن استعمالها فعلا. كما ينبغي توفيرها لمجالات العمل الإنساني والوكالات الإنسانية الأخرى وللسكان المتضررين حسب الحاجة. وينبغي أن تكون وسائل الاتصال المستعملة (أساليب النشر واللغة وما إلى ذلك) مناسبة للجمهور المستهدف.

٩- ***الأشخاص المعنيون بالرصد:*** عندما يستدعي الرصد استشارة السكان المتضررين، فإن من المستحسن إشراك الأشخاص القادرين على جمع المعلومات بطريقة مقبولة اجتماعياً ضمن السكان المتضررين بمختلف فئاتهم، مع مراعاة تمثيل الجنسين بصفة خاصة والمهارات اللغوية لهؤلاء الأشخاص. كما ينبغي تشجيع النساء على المشاركة في هذه الأنشطة.

١٠- ***التقييم:*** يعتبر التقييم جزءاً مهماً من التحليل. إذ يمكن بفضله قياس فعالية برامج المساعدة واستخلاص الدروس المناسبة للعمليات اللاحقة في مجال التأهب للكوارث والتخفيف من حدتها وفي مجال تقديم

المعونة أيضاً. كما أن التقييم يُشّجع على مساءلة المعنيين بتنفيذ البرنامج. ويشمل التقييم عمليتين متكاملتين:

أ) يضطلع موظفو الوكالة المعنية، في سياق العملية الأولى، بإجراء تقييم داخلي للبرنامج ضمن التحليل والاستعراض الاعتياديين للمعلومات المستخلصة من الرصد. ويجب أن تقوم الوكالة المعنية أيضاً، بتقييم فعالية كل البرامج التي تنفذها في ظل كارثة معينة أو أن تقارن البرامج التي تنفذها في ظروف مختلفة.

ب) في إطار العملية الثانية، يصبح التقييم، على عكس التقييم السالف الذكر، جزءاً من تقييم أوسع نطاقاً تقوم به الوكالات الإنسانية والجهات المانحة، ويمكن أن يُنفذ بعد انتهاء ذروة مرحلة الطوارئ مثلاً. ومن المهم، عند إجراء عمليات التقييم، أن تكون الأساليب المتبعة والموارد المستعملة لإجرائها منسجمة مع برنامج المساعدة وطبيعته. كما أن من الضروري أن يبين تقرير التقييم المنهجية والإجراءات المتبعة لاستخلاص النتائج. وينبغي إطلاع المشتركين فالعمل الإنساني، بمن فيهم السكان المتضررين، على نتائج هذا التقييم.

معيار التحليل رقم ٣: المشاركة

ينبغي إشراك السكان المتضررين من الكوارث في وضع برنامج المعونة وتنفيذه.

مؤشرات أساسية

- ينبغي استشارة السكان المتضررين، نساءً ورجالاً، وإشراكهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بحصر الاحتياجات ووضع البرنامج وتنفيذه.
- ينبغي أن يتلقى السكان المتضررون من الكارثة، نساءً ورجالاً، معلومات عن برنامج المساعدة وأن تتاح لهم فرصة التعليق عليه أمام الوكالة الإنسانية المعنية.

ملاحظات توجيهية

١- ***العدل:*** من شأن مشاركة السكان المتضررين من الكوارث في اتخاذ القرارات وإعداد برنامج المساعدة وتنفيذه أن يسهم في ضمان فعالية ذلك البرنامج وإنصافه. وينبغي بذل جهود خاصة لضمان مشاركة النساء في إعداد البرنامج وتحقيق توازن بينهن وبين الرجال المشاركين في وضعه. وتجدر الإشارة إلى أن المشاركة في إعداد برنامج المعونة الغذائية يمكن أن يسهم في تعزيز شعور الأفراد بكرامتهم وقيمتهم رغم الشدائد، وأن يخلق شعوراً بالانتماء إلى الجماعة يمكن أن يساعد على ضمان سلامة وأمن أولئك الذين يتلقون المساعدة وأمن المسؤولين عن تقديمها على حد سواء.

٢- ***برامج المعونة الغذائية:*** يمكن إشراك الأشخاص المتضررين في برامج المعونة الغذائية بطرق متعددة. منها: تشغيلهم في أعمال المناولة والتوزيع مجانا أو مقابل أجر؛ مشاركتهم في لجان توزيع المعونة؛ مشاركتهم في اتخاذ القرارات بشأن الحصص الغذائية ومعايير انتقاء المستفيدين منها؛ اضطلاعهم بنشر المعلومات الخاصة بتوزيع المواد الغذائية وتوفير قوائم بأسماء الأسر؛ المشاركة في الحفاظ على الأمن والنظام.

٣- ***لجان التنسيق:*** تُسهم لجان التنسيق في ضمان مشاركة السكان في برنامج المساعدة. ولضمان تمثيل كل فئات السكان في هذه اللجان، ينبغي مراعاة الجنسين والسن والعرق والوضع الاجتماعي والاقتصادي للسكان المعنيين. كما ينبغي أن يشترك في هذه اللجان القادة السياسيون المعترف بهم وقادة المجتمع من النساء والرجال والقادة الدينيون. وينبغي الاتفاق على دور لجان التنسيق ووظائفها عند إنشائها.

٤- ***التماس وجهات النظر والآراء:*** يمكن إشراك الأشخاص المعنيين أيضاً عن طريق إجراء استطلاعات الرأي وتنظيم المناقشات، وذلك أثناء عمليات توزيع مساعدات الإغاثة وأثناء الزيارات المنزلية أو عند التصدي للمشاكل الشخصية. كما يمكن استخلاص معلومات مفيدة عن المعتقدات والتقاليد الاجتماعية من خلال تنظيم مناقشات عامة مع الأشخاص المتضررين.

٢- الاحتياجات

ينبغي أن يبّين الحصر الأولي لحالة الطوارئ وتحليلها اللاحق ما يملكه السكان المتضررون من موارد ودخل، وأن يبينان كمية ونوع المعونة الغذائية اللازمة لاحتفاظ السكان إجمالاً بحالة غذائية مناسبة

وترتكز المعايير الخاصة بالاحتياجات الغذائية إلى تقديرات منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بمجموعة نموذجية من السكان المتضررين (للمزيد من التفاصيل، أنظر المرفق ٢ في الفصل ٢).

وقد تم تحديد الاحتياجات إلى المعونة الغذائية كالآتي:

الحصة العامة: توفر هذه الحصة سلة كاملة من المواد الغذائية تضم كميةً كافية لتلبية احتياجات المستفيدين (أنظر المؤشرات أدناه).

الحصة التكميلية: توفر هذه الحصة مادة غذائية واحدة أو مادتين غذائيتين لتكميل الأغذية المتاحة التي يمكن للسكان المتضررين الحصول عليها بنفسهم (فيمكن مثلاً توفير البقول والزيت لتكميل الحبوب المتاحة محلياً).

الحصة الإضافية: توفر هذه الحصة أغذية معينة إضافة إلى الحصة العامة وذلك لتغطية احتياجات فئات محددة من السكان كالأفراد الذين يعانون من سوء التغذية وصغار الأطفال و/أو النساء الحوامل أو الأمهات المرضعات

معيار الاحتياجات

ينبغي أن يكون الغرض من السلة الغذائية والحصص الغذائية تعويض التفاوت بين احتياجات السكان المتضررين ومواردهم الغذائية الخاصة.

مؤشرات أساسية

- يرتكز تحديد الاحتياجات على التقديرات المبدئية التالية لمنظمة الصحة العالمية:
  - يحتاج الفرد إلى ٢١٠٠ سعرة حرارية في اليوم.
  - يمثل البروتين ١٠-١٢٪ من مجموع الطاقة اللازمة للجسم.
  - تمثل الدهون ١٧٪ من مجموع الطاقة اللازمة للجسم.
  - ينبغي الحصول على كميات مناسبة من العناصر المغذية الدقيقة عن طريق تناول الغذاء الطازج أو الأغذية المدعّمة.
- ينبغي مراعاة الآتي عند تقدير الموارد الغذائية المتاحة للأشخاص المتضررين وتقدير دخلهم:
  - فرص الحصول على دخل وفرص شراء المواد الغذائية من الأسواق
  - إمكانيات البحث عن الأغذية وجني النباتات البرية.
  - مواسم الإنتاج الزراعي ومدى استفادة السكان من أدوات الإنتاج الزراعي.
  - مصادر الدخل والحلول التي يعتمدها الأفراد لمواجهة الوضع.
- ينبغي مراعاة الآتي عند تحديد الحصص الغذائية:
  - الاحتياجات الغذائية العامة.
  - الاحتياجات الخاصة للفئات الأشد تعرضا للخطر.
  - المصادر البديلة للغذاء أو الدخل أو كليهما.

- ينبغي مراعاة الآتي عند اختيار المواد الغذائية:
  - الأغذية المتاحة محليا وتأثيرها في أسعار السوق.
  - مدى تقّبل السكان للأغذية وطريقة تحضيرها.
  - فائدة الأغذية والعناصر المغذية الدقيقة التي تتضمنها.
  - الوقود اللازم للطهي.
  - غير ذلك من العوامل الغذائية (انظر الدعم الغذائي العام في الفصل ٢).

ملاحظات توجيهية

١- ***القيَم المرجعية الأولية:*** يُنصح باستخدام القيمة المرجعية الأولية لكمية السعرات اللازمة للفرد الواحد في اليوم ــــ أي ٢,١٠٠ سعرة حرارية ــــ كأساس لتخطيط المعونة الغذائية عندما لا تكون عوامل المواءمة معروفة بعد. وتجدر الإشارة إلى أن الرقم المرجعي الذي تستخدمه اللجنة الدولية للصليب الأحمر هو ٢,٤٠٠ سعرة حرارية للفرد الواحد في اليوم. علماً بأن السعرات الـ ٣٠٠ الإضافية في هذا الرقم ترمي إلى تغطية احتياجات فئات محددة تتلقى الرعاية في إطار برامج التغذية الإضافية. (أنظر معايير التغذية في الفصل ٢. وانظر كذلك برنامج الأغذية العالمي/مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (١٩٩٧) *مبادئ توجيهية لتقدير الاحتياجات إلى الغذاء والتغذية في حالات الطوارئ.*)

٢- ***التنسيق:*** ينبغي أن تسعى كل المنظمات التي تشارك في توفير المعونة الغذائية إلى تنسيق مساعداتها. إذ أن من شأن عدم تنسيق المعونة الغذائية بشكلٍ ملائم أن يؤدي إلى تفاقم المشكلات التي كانت موجودة أصلاً أو أن يؤدي إلى خلق مشكلات جديدة. فقد تحصل بعض مجموعات السكان على كميات مفرطة من الغذاء بينما تُحرم مجموعات أخرى منه. كما أن اختلاف وزن الحصص والسلال الغذائية و/أو معايير انتقاء المستفيدين من المعونة، يمكن أن يؤدي إلى انتقال الأشخاص إلى حيث يعتقدون أنهم سيحصلون على أكبر قدر ممكن من المعونة. ومن المهم أيضاً أن تُنسّق الوكالات المختلفة المشتريات المهمة من المواد الغذائية محليا لتفادي المنافسة فيما بينها التي

تؤدي إلى ارتفاع الأسعار. غير أن شراء كميات كبيرة من المواد الغذائية يمكن أن يؤدي إلى نقص هذه المواد وبالتالي ارتفاع أسعارها بالنسبة إلى الذين لا يتلقون المعونة الغذائية. وعليه فإن من شأن تشاور الوكالات الإنسانية فيما بينها من أجل الاتفاق على سياسات المعونة الغذائية وأنشطتها أن يساعد على ضمان فعالية برامج المعونة، وقد يسهم أيضاً في تحقيق الاستقرار في وضع متقلب بطبيعته.

٣- ***تغيير كمية الحصة الغذائية:*** قد يلجأ السكان المتضررون من الكوارث الطبيعية إلى اختيار حلول تمكنهم من تأمين قسط لا بأس به من احتياجاتهم الغذائية (كالحصاد المبكر وإنقاذ المحصول، بيع الماشية، العمل مقابل أجر). وفي مثل هذه الحالات، يمكن تقليل كمية الحصة الغذائية عن القيمة المرجعية الأولية.

٤- ***حالات أخرى من العجز الغذائي:*** ينبغي لعمليات تقييم الأمن الغذائي الدورية أن تستهدف الأسر التي تترأسها النساء والفتيات للكشف عن حالات العجز الغذائي التي لا تندرج ضمن فئات التقييم الاعتيادية.

٥- ***استعمال المعونة الغذائية مبكراً:*** إن الاستخدام المبكر للمعونة الغذائية لتعويض التأخير في مواجهة الكوارث الزاحفة، يمكن أن يؤدي إلى تقليل الحاجة إلى المعونة الغذائية في وقت لاحق وإلى تقليل هدر الأسر لرأسمالها، الأمر الذي من شأنه أن يُسّهل استعادتها لمقومات حياتها الاعتيادية.

٦- ***تقدير الاحتياجات إلى الوقود:*** ينبغي أن يقترن تقدير الاحتياجات الغذائية بتقدير الاحتياجات إلى الوقود لكي يتمكن المستفيدون من المعونة الغذائية من طهي غذائهم بطرق تجنبهم الآثار السلبية على صحتهم أو إلحاق الأضرار بالبيئة. وينبغي للوكالات الإنسانية أن توفر الوقود المناسب أو أن تضع برنامجاً لجمع الحطب وتشرف عليه لضمان سلامة النساء والأطفال الذين يتحملون عبء جمع الحطب في أغلب الأحيان. وقد يكون من المفيد أيضاً توفير مطاحن للحبوب لتقليل الوقت اللازم للطهي ومن ثم تقليل كمية الوقود المطلوب. (أنظر معيار الدعم الغذائي العام رقم ٤ : تداول الغذاء وسلامته في الفصل ٢).

٧- ***الأغذية غير المألوفة:*** عندما تضم السلة الغذائية أغذية غير مألوفة، ينبغي أن ترفق بها تعليمات خاصة بطرق تحضيرها من أجل النساء

والأشخاص الذي يضطلعون بطهي الطعام، وذلك لتشجيع المستفيدين على تقبّل هذه الأغذية والحد من فقدان عناصرها المغذية.

٨- ***المواد الأساسية غير الغذائية:*** من الضروري تأمين توفير سلع أساسية غير غذائية كالصابون. فإن أي نقص في هذه السلع غير الغذائية من شأنه أن يدفع المستفيدين إلى مقايضة المعونة الغذائية للحصول على ما يلزمهم من سلع غير غذائية. (أنظر تخطيط المأوى والموقع، معيار اللوازم المنزلية، في الفصل ٤).

٩- ***المواد الغذائية الإضافية:*** يمكن توفير مواد غذائية إضافية في فترات محددة من السنة (موسم الزراعة مثلاً) أو في فترات الجهد المضاعَف، وذلك لسد الحاجة إلى السعرات الحرارية الإضافية. وقد يكون من المناسب توزيع المواد الغذائية إلى جانب توزيع البذور في حالات انعدام الأمن الغذائي، إذ أن من شأن ذلك أن يضمن عدم أكل البذور أو مقايضتها أو بيعها للحصول على الغذاء، كما من شأنه أن يساعد في تزويد الناس بالطاقة الإضافية اللازمة لتنظيف الحقول وزراعتها.

١٠- ***دعم الانتعاش:*** أنظر المرفق ١.

٣- تحديد الفئات المستفيدة

معيار تحديد الفئات المستفيدة

ينبغي تحديد المستفيدين من المعونة الغذائية بناء على احتياجاتهم الغذائية أو مدى تأثرهم بانعدام الأمن الغذائي أو كليهما.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن تتفق السلطات المسؤولة عن التنسيق وممثلو السكان المتضررين، من النساء والرجال، والوكالات المسؤولة عن تنفيذ برامج المعونة، على أهداف تحديد الفئات المستفيدة من المعونة.
- ينبغي أن ترتكز معايير تحديد الفئات المستفيدة من المعونة على دراسة وبحث مستفيضين لمجموعة أو مجموعات السكان المستهدفة أو الموقع الجغرافي.
- ينبغي مراقبة نظام توزيع المعونة الغذائية لضمان التزامه بمعايير تحديد الفئات المستفيدة من المعونة.

ملاحظات توجيهية

١- **يمكن أن تشمل أهداف تحديد المستفيدين من المعونة الغذائية الآتي:**

- إنقاذ حياة المنكوبين في الحالات التي تكون فيها الحالة الغذائية للمتضررين مدعاة للقلق.
- تعزيز الأمن الغذائي أو الاقتصاد المحلي أو كليهما.
- حماية الحالة الغذائية والصحية لمجموعات فرعية محددة من السكان المتضررين تعاني من ضعف فسيولوجي (كصغار الأطفال والمراهقين والأمهات المرضعات والنساء الحوامل والمسنين والأشخاص المصابين بعجز).

- صون ممتلكات الأسر (إذا كانت تنوي بيعها لسد احتياجاتها الغذائية).
- توفير مواد غذائية إضافية للذين ترجع حاجتهم إلى الغذاء إلى ظروف اجتماعية وسياسية (كالقاصرين غير المصحوبين بذويهم واللاجئين أو النازحين والأسر التي تترأسها النساء والأشخاص المصابين بعجز والأقليات العرقية أو الدينية).
- استعمال الموارد المحدودة استعمالاً فعالاً (سواء تعلق الأمر بالمواد الغذائية المتوفرة أو مرافق النقل والإمداد الأساسية أو الموظفين ذوي الخبرة أو النقل وما إلى ذلك).

٢- ***التكاليف:*** إن تحديد المجموعات الفرعية أو الأفراد الذين سيتلقون المعونة الغذائية ضمن السكان المتضررين ينطوي على تكاليف إدارية أكبر من التكاليف التي يستتبعها توزيع هذه المعونة على السكان إجمالا. وعليه، فإذا كان الغرض من استهداف فئات محددة من الناس هو تدبير موارد محدودة، فيستحسن مقارنة تكلفة تحديد هذه الفئات مع التوفير الذي كان يمكن تحقيقه بالاستغناء عن تحديدها.

٣- ***التكيف مع التغييرات:*** قد يلزم تغيير أهداف تحديد الفئات المستفيدة من المعونة ومعاييره لمواكبة التغييرات في الظروف. وينبغي إحاطة كل المعنيين علما بأي تغيير من هذا النوع.

٤- إدارة الموارد

على الوكالات الإنسانية أن تدير المواد الغذائية بطريقة فعالة قابلة للمساءلة، شأنها شأن كل الموارد الأخرى التي تُسند إليها مسؤولية التصرف فيها. وقد قام العديد من الوكالات الإنسانية بتوحيد إجراءات إدارة مخزونها من المواد الغذائية وباعتماد نظم للمحاسبة تقوم على مبدأي الشفافية والتوازن في إدارة الموارد. وما من شك في أن لأنظمة جرد المخزون أهمية كبيرة في إعداد التقارير من أجل الجهات المانحة، كما أنها تمثل أهمية بالغة لمخططي البرنامج ومديريه لأنها تزودهم بالمعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات الملائمة بشأن ترتيب أولويات تقديم المعونة الغذائية.

وينتظر من الوكالات الإنسانية أن تتخذ كل الإجراءات الممكنة للمحافظة على المواد الغذائية التي اؤتمنت عليها، إذ لا يمكن التسامح بشأن سرقة المعونة الغذائية أو تحويلها لأغراض غير أغراض المساعدة. وعليه يجب على المقاولين الذين يعملون بالنيابة عن الوكالات الإنسانية، كشركات النقل ووكلاء التوريد، أن يتحملوا مسؤولية السلع التي وضعت بعهدتهم.

معيار إدارة الموارد

ينبغي إدارة إمدادات المعونة الغذائية والأموال المخصصة لبرنامج المعونة في إطار نظام شفاف وقابل للتدقيق والمساءلة بما يتيح مراقبة هذه الإمدادات وإحاطة المعنيين علما بطرق استعمالها.

مؤشرات أساسية

- ينبغي الالتزام بالممارسات التالية لضمان المحافظة على كل المواد الغذائية حتى موعد توزيعها على الأسر المستفيدة من المعونة:

- ينبغي تخزين المواد الغذائية في أماكن آمنة ونظيفة تحميها من التلف والسرقة.
- ينبغي أن يتحمل المتعهدون بخدمات النقل كامل المسؤولية عن المواد الغذائية التي وضعت في عهدتهم وأن يوافقوا على تعويض كل الخسائر.
- ينبغي تفتيش المواد الغذائية والكشف عن المواد غير الصالحة للاستهلاك والتخلص منها وفقاً للإجراءات المتبعة.
- ينبغي تفتيش المواد الغذائية التي لحقها ضرر، وبذل كل الجهود الممكنة لإنقاذ ما يمكن إنقاذه منها.
- ينبغي التأكد بانتظام من توافق قوائم المخزون الغذائي مع رصيد المخزون من المواد الغذائية.

- ينبغي أن تتسم كل العقود الخاصة بتوفير السلع والخدمات بالشفافية وأن تكون مُنصفة.
- ينبغي صياغة إجراءات لتدقيق قوائم جرد المخزون ولإعداد التقارير، تشمل توفير الآتي:
  - قوائم البضائع المشحونة براً.
  - دفتر المخزون الذي يوفر معلومات موجزة عن ما يدخل من السلع وما يخرج منها ورصيدها.
  - الكشف عن كل الخسائر والمحاسبة عليها.
  - إعداد تقارير جرد موجزة وتوفيرها لمن يهمهم الأمر.

ملاحظات توجيهية

١- ***إعداد التقارير:*** تطلب معظم الجهات الثنائية أو المتعددة الأطراف التي تتبرع بالمساعدات الغذائية أن تقدم لها الوكالات الإنسانية تقارير بشأن استعمال هذه المساعدات. وينبغي للوكالات الإنسانية أن تراعي هذا المطلب وأن تتخذ التدابير اللازمة لتلبيته.

٢- ***نظام المحاسبة:*** نشرت منظمة «إدارة المعونة الغذائية» في عام ١٩٩٣، كتابا بعنوان (Generally Accepted Commodity Accountability Principles) مبادئ المساءلة في مجال المعونة الغذائية) يمكن الاسترشاد به لوضع نظام للمساءلة في مجال المعونة الغذائية.

٣- ***إصدار شهادات الصحة النباتية:*** ينبغي أن تُرفق بالمواد الغذائية التي يجري شراؤها من أجل التوزيع شهادات تثبت سلامتها أو غير ذلك من تقارير التفتيش التي تؤكد صلاحيتها للاستهلاك البشري حيثما أمكن.

٤- ***التخلص من المواد الغذائية غير الصالحة للاستهلاك البشري:*** إذا بيّن مفتشون مؤهَلون أن المواد الغذائية ليست صالحة للاستهلاك البشري، يجب عندئذ بذل كل الجهود الممكنة لمنع وصولها إلى الأسواق المحلية. وهناك عدة طرق للتخلص من هذه المواد منها: بيعها كعلف للحيوانات أو دفنها أو حرقها.

٥- ***الشفافية:*** من الضروري اتّباع إجراءات عادلة وواضحة في مجال التعاقد لتفادي أي اتهامات بالمحسوبية أو الرشوة. وقد وضعت معظم الوكالات الإنسانية تعليمات في مجال التعاقد والمشتريات تضمن التزام المنظمات الخيرية أو المنظمات التي لا تستهدف الربح بمبادئ محددة.

٦- ***الخبرة:*** ينبغي اختيار أشخاص أكفاء لإدارة كل برامج المعونة الغذائية، يضطلعون بإدارة شؤون الموظفين الدائمين وتدريبهم و/أو بوضع نظم لإدارة المخزون.

٧- ***الوثائق:*** من الضروري جمع عدد كاف من الوثائق والاستمارات المتعلقة بإدارة مخزون المواد الغذائية (كقوائم البضائع المشحونة برا ودفاتر المخزون واستمارات توفير المعلومات) في مواقع وصول المعونة الغذائية وتخزينها و/أو توزيعها، وذلك للاحتفاظ بكل وثائق المعاملات الخاصة بالمعونة الغذائية من أجل عمليات المراقبة والتدقيق.

٨- ***توفير المعلومات:*** ينبغي استخدام وسائل الإعلام المحلية أو الوسائل التقليدية لتداول الأخبار لإعلام الناس بعمليات توزيع المعونة الغذائية، فهذا من شأنه أن يزيد من شفافية هذه العمليات. ويمكن الاستعانة بالنساء، ضمن مجموعة السكان المتضررين، لكي يساعدن على إحاطة مجموعة السكان المعنية علما ببرامج المعونة الغذائية.

٥- النقل والإمداد

يجب أن تكون الوكالات الإنسانية قادرة على إدارة عمليات النقل والإمداد اللازمة لتنفيذ برامج المعونة الغذائية. فلا يمكن أن يُكتب لهذه البرامج النجاح ـ وإن توفرت المعونة الغذائية ـ دون أن يكون للوكالات الإنسانية الموارد والشبكات اللازمة لتوزيع المعونة على السكان المتضررين. والغرض من إدارة عمليات النقل والإمداد هو تهيئة الظروف الملائمة لتوصيل الإمدادت المناسبة إلى المواقع المناسبة، في الوقت المناسب وبالسعر المناسب.

وقد يبلغ حجم المعونة الغذائية اللازمة لتأمين حياة شرائح عريضة من السكان المتضررين تضرراً بالغاً من كارثة معينة آلاف الأطنان. ويقتضي النقل المادي للإمدادات الغذائية إلى نقاط توزيعها وجود شبكات واسعة من المشترين ووكلاء التوريد وشركات النقل والجهات المتلقية، وعليه يمكن أن يتضمن نقل هذه الإمدادات عمليات مناولة وتحويل متكررة من وسيلة نقل إلى أخرى. ويُنَظَّم عمل هذه الشبكات أو قنوات التوريد في إطار مجموعة من العقود والاتفاقات التي تحدد دور كل جهة ومسؤولياتها وتحدد قواعد المساءلة والتعويضات ضمن الأطراف المتعاقدة.

ولإنشاء شبكة للتوريد، لا بد للجهات المانحة والوكالات الإنسانية والسلطات المحلية من أن تتعاون فيما بينها. ويُسند إلى كل طرف، في إطار هذا التعاون، وظائف ومسؤوليات محددة تكون بمثابة الحلقة أو مجموعة من الحلقات في سلسلة التوريد. ولما كانت قوة السلسلة تكمن في قوة حلقاتها، فإن من الضروري أن تتحمل كل الأطراف المشتركة في نقل المعونات الغذائية وتوصيلها نفس المسؤوليات من أجل ضمان تدفق الإمدادات بكميات كافية ووصولها إلى نقاط التوزيع في المواعيد المحددة في برنامج المعونة الغذائية.

معيار النقل والإمداد

ينبغي أن تتمتع الوكالات بالقدرة التنظيمية والتقنية اللازمة لإدارة عمليات شراء الإمدادات الغذائية واستلامها ونقلها وتخزينها وتوزيعها بسلامة وفعالية.

مؤشرات أساسية

- ينبغي تنظيم سلسلة التوريد التي تضم المشتريات والوثائق والنقل والتخزين والمناولة انطلاقا من موقع أو مواقع خروج الإمدادات الغذائية حتى موقع أو مواقع وصولها أو توزيعها.
- ينبغي تنسيق المشتريات المحلية من المواد الغذائية والتعاقد مع جهات مختصة بتوفير خدمات النقل والإمداد. وينبغي مراعاة تأثير كل هذه العمليات في السوق المحلي.
- ينبغي للوكالات أن تُطلع الجهات المعنية على معلوماتها بشأن مخزون المعونة الغذائية وتواريخ وصولها المتوقع وعمليات التوزيع وغير ذلك من المعلومات الضرورية للتخطيط وتقدير الاحتياجات المقبلة وإدارة تدفق المعونة الغذائية وتوفيرها.
- ينبغي أن تُسند إلى موظفين محددين مسؤولية إدارة شؤون النقل والإمداد (كالتخطيط والمراقبة والاستيراد وتخليص البضاعة من الجمارك والنقل والتموين الأولي والثانوي وإدارة المخازن والمخزون وتخطيط النقل وإدارته وإبرام العقود والإشراف على الالتزام بها).
- ينبغي ألا يتجاوز أي تأخير في التوزيع، يكون ناجماً عن نقص في المادة الغذائية، أسبوعين.

ملاحظات توجيهية

١- ***مصدر المواد الغذائية:*** يمكن الحصول على المعونة الغذائية بطرق مختلفة منها: تحويل المواد الغذائية (اقتراضها أو إعادة تخصيصها) من برامج جارية لتوفير المعونة الغذائية (كبرامج الوكالات الإنسانية أو الاحتياطي الحكومي من الحبوب)؛ السلف التي يقدمها الموردون أو

المبادلات التجارية معهم؛ شراء الإمدادات في الأسواق (على المستويات المحلية والإقليمية والدولية)؛ الحصول على المواد الغذائية مباشرة من الوكالات المانحة الثنائية والمتعددة الأطراف.

٢- ***دور الوكالات الإنسانية:*** يلعب برنامج الأغذية العالمي دوراً أساسياً في الكوارث الواسعة النطاق عادة، حيث يقوم بتعبئة المعونة الغذائية وبتنظيم النقل والإمداد الأولي. وقد يتحمل برنامج الأغذية العالمي مسؤولية تنفيذ كل أنشطة نقل المعونة الغذائية وتوصيلها إلى آخر مواقع التموين، وهي مواقع قريبة من المنطقة المنكوبة. وبعد ذلك، يضطلع الشركاء المنفّذون (أي الوكالات الإنسانية أو الحكومات) بمسؤولية نقل الإمدادت من آخر مواقع التموين إلى أماكن التوزيع لتسليمها من ثم إلى الأسر المستفيدة من المعونة.

٣- ***استعمال الخدمات المحلية:*** يمكن لشركات الشحن و/أو النقل المحلية أو الإقليمية أن تقدم خدمات عامة في مجال النقل والإمداد للزبون المتعاقد معها. وتعتبر هذه الشركات مصدراً مفيداً للمعلومات إذ يمكن بفضلها الإحاطة باللوائح والإجراءات المحلية.

٤- ***كمية المخزون:*** إن مراقبة كمية المخزون وتقديرها في كل حلقة من حلقات سلسلة التموين يُتيح توقع النقص المحتمل في المواد الغذائية أو المشكلات التي قد يطرحها توفيرها. ولا بد من البحث عن حلول وبدائل لتفادي المشكلات التي قد تظهر في سلسلة التوريد أو للتخفيف من وقعها.

٥- ***قياس الأداء:*** توفر حسابات النقل والإمداد ونظم جرد المخزون معلومات مفيدة لقياس الأداء. فيمكن على سبيل المثال:

- مقارنة خطط توزيع الأغذية مع التسليم الفعلي لهذه الأغذية. فإن وجود فروق كبيرة بينها من شأنه أن يسترعي انتباه المسؤولين إلى وجود مشاكل أو عوائق في نظام النقل والإمداد.
- مقارنة التكاليف التي رصدت لها مخصصات في الميزانية والتكاليف الفعلية لكل نشاط من أنشطة نظام النقل والإمداد (كالمناولة والتخليص من الجمارك والتخزين والنقل والتوزيع) لتقييم قدرة نظام النقل والإمداد على التحكم في التكاليف. وأن

اكتشاف فروق كبيرة بين هذه التكاليف من شأنه أن يسترعي انتباه المسؤولين إلى مواطن القصور في نظام النقل والإمداد أو إلى إمكانيات تحقيق وفورات الحجم في ظله.

- كثيراً ما تُستخدم العلاقة طن ـــ كيلومتر لقياس أداء قوافل الشاحنات وإنتاجيتها. وأن تسجيل الانحرافات المهمة عن مستوى النشاط المقبول من شأنه أن يسترعي انتباه المسؤولين عن إدارة البرنامج إلى وجود مشكلات فيما يتعلق باستخدام الشاحنات و/أو في الوقت الذي يستغرقه العبور والشحن والتفريغ.
- استخدام مستوى النشاط لقياس كمية البضائع التي تمت مناولتها ونقلها داخل المخزن، وهو مقياس مفيد لتحديد عدد الموظفين اللازمين لأداء نشاط معين، كما يمكن استخدامه للتوفير في التكاليف وزيادة الإنتاجية.
- استخدام التحليل المسمى بتحليل شبكة الأنابيب الذي يرى أن النقل والتموين ـــ من موقع أو مواقع الانطلاق وحتى موقع أو مواقع الوصول ـــ هو شبكة من الأنابيب تمر عبرها الإمدادات الغذائية. ويعتبر هذا التحليل مفيدا لتقدير المدة المتوقعة لاستنفاد مخزون المعونة الغذائية المتاح ولوضع جدول زمني لتسليم المعونة الغذائية للشحن (لتفادي انخفاض كمية المخزون دون المستوى المطلوب لتلبية الاحتياجات). كما يعتبر هذا التحليل أساسياً لاستشراف المشاكل المحتملة ولتخطيط المشتريات وتحديد تواريخ التسليم.

٦- ***العلاقات بمجالات العمل الإنساني الأخرى:*** إن مبادئ الإدارة الرشيدة والمساءلة والشفافية في مجال النقل والإمداد تنطبق أيضاً على تخطيط وتسليم المواد والإمدادات في برامج توفير الماء والإصحاح وبرامج توفير المأوى ودعم الأسر وخدمات الصحة. والفرق الوحيد بين عمليات نقل المعونة الغذائية وتوزيعها والخدمات الأخرى هو حجمها.

٧- ***السرقة:*** يمكن أن تتعرض البضائع في كل حلقة من حلقات سلسلة التوزيع إلى السرقة. وعليه يجب تصميم نظم المراقبة والتخزين

وإدارتها بطريقة تقلل من إمكانيات السرقة. ويمثل ذلك أهمية كبيرة خاصةً في حالات النزاعات المسلحة حيث يمكن أن تتعرض هذه المواد إلى قطّاع الطرق أو قد تحولها القوات المسلحة لفائدتها. ويمكن أن تلعب المواد الغذائية دوراً كبيراً في اقتصاد الحرب، ولا سيما عندما يتعلق الأمر بكميات كبيرة منها.

٦- التوزيع

يعتبر وضع أسلوب مناسب لتوزيع المعونة الغذائية أمرا أساسيا في تحقيق فعاليتها. وبالتالي لا بد من دراسة مسألة توزيع المعونة أثناء عمليات الحصر الأولي للاحتياجات. ويمكن توزيع المعونة الغذائية مجانا على مجمل السكان أو على شرائح أو فئات محددة منهم. كما يمكن توزيع المواد الغذائية مقابل العمل أو بيعها في السوق لمعالجة مشكلة تزويد الأسواق بالبضائع.

ويمثل توزيع المعونة الغذائية بشكل عادل أهمية بالغة، لذا ينبغي تشجيع مشاركة السكان المتضررين في اتخاذ القرارات وتنفيذ البرامج. كما ينبغي إحاطة المستفيدين علما بكمية ونوع الحصص الغذائية التي يراد توزيعها وإقناعهم بأن عملية التوزيع ستكون عادلة وأنهم سيلقون ما وعدوا به. كما يجب شرح الفروق بين مختلف الحصص، كالحصص المعّدلة مثلاً المخصصة للفئات الأكثر عرضة للخطر، بحيث يفهم الجميع سبب هذه الفروق.

معيار التوزيع

ينبغي توزيع الغذاء بشكل عادل مع احترام الظروف المحلية. وينبغي إحاطة المستفيدين علما بالحصة التي يحق لهم الحصول عليها وطريقة حسابها.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يكون الناس على علم بكمية ونوع الحصة التي سيجري توزيعها في كل مرحلة من مراحل التوزيع، كما ينبغي إطلاعهم على أسباب اختلاف بعض هذه الحصص عن المعايير المحددة.
- ينبغي أن يتلقى الناس كميات وأنواع المواد الغذائية التي كان من المقرر توزيعها.

- ينبغي ألا تطرح أساليب التوزيع مشكلات من حيث الوصول إلى مواقع التوزيع، وينبغي تنظيم أوقات التوزيع بطريقة لا تعرقل النشاط اليومي للمستفيدين.
- ينبغي أن يشترك المستفيدون في البت في أكثر أساليب التوزيع فعالية وعدلاً. وينبغي استشارة النساء اللاتي ينبغي أن يشاركن في اتخاذ القرارات على قدم المساواة مع الرجال.
- ينبغي مراعاة العوامل التالية عند اختيار تواتر عمليات توزيع المعونة الغذائية (مرة واحدة أو أكثر من مرة في الشهر):
  - تكلفة نقل البضاعة من مركز التوزيع.
  - الوقت اللازم للذهاب إلى مركز التوزيع والعودة منه.
  - أمن المستفيدين من المعونة والمواد الغذائية الموزعة.

ملاحظات توجيهية

١- *المشاركة:* يتوقف مدى استعداد الناس للمشاركة في توزيع المعونة الغذائية على مدى تأثير الكارثة في مرافقهم الاجتماعية. فقد تنجو المرافق الاجتماعية لمجموعات السكان المتضررة من الجفاف أو غيرها من الكوارث الزاحفة، وتستمر في أداء مهمتها كاملة، وبالتالي يمكن لها أن تشارك في عمليات التوزيع مشاركة كاملة. وعلى العكس من ذلك، قد يتعذر على مجموعات السكان المتضررة من الحروب والحرب الأهلية أن تلعب دورا مهما في المراحل الأولى من علميات التوزيع. ولن تتمكن تلك المجموعات من القيام بذلك إلا بعد استقرار الوضع وعودة المرافق الأساسية إلى الوجود. كما أن من شأن المشاركة في أعمال اللجان المسؤولة عن توزيع المعونة الغذائية أن يساعد على انتعاش المجتمع المدني. ومن المهم أيضاً أن تُبذل جهود دائبة لتشجيع النساء على المشاركة في هذه الأنشطة.

٢- *التسجيل:* ينبغي الشروع في التسجيل الرسمي للأسر التي تتلقى المعونة الغذائية في المراحل الأولى لحالة الطوارئ. وينبغي أن تضطلع الوكالة الإنسانية المعنية بتسجيل أسماء المستفيدين من المعونة بصورة مستقلة حيثما أمكن. ويحق للنساء أن يُسجلن بأسمائهن إن طلبن

ذلك. ويمكن أيضاً استخدام قوائم الأسماء التي تعدها السلطات المحلية والقوائم بأسماء الأسر التي تكون مجموعات السكان المعنية قد أعدتها بنفسها. وتجدر الإشارة إلى أن انتشار الرشوة أو سيطرة أفراد متسلطين على الوضع أو كليهما يمكن أن يؤدي إلى إغفال الأسر التي تترأسها النساء أو الفتيات والأشخاص الذين يعانون من ضعف استثنائي، من قوائم التوزيع. والواقع أن مشاركة النساء من شرائح سكانية مختلفة من شأنه أن يضمن تمثيل المجتمع بشكل أفضل. وإذا تعذر تسجيل الأشخاص المتضررين من الكارثة أثناء المراحل الأولى من حالة الطوارئ، ينبغي إتمام تسجيلهم بعد ثلاثة أشهر من وقوعها، حيث يكون السكان قد استقروا، ولا سيما إذا كان المسؤولون يتوقعون أن تستمر الحاجة إلى المعونة الغذائية لفترة طويلة.

٣- ***وزن الحصص العشوائي:*** يساعد القيام بعملية الوزن العشوائي للحصص المستلمة فور خروج الأسر من مراكز التوزيع، على التأكد من دقة عمليات التوزيع وكفاءة المعنيين بإدارتها. كما تساعد هذه العملية على ضمان الالتزام بمبدأ العدل في توزيع المواد الغذائية.

٤- ***التوزيع العادل للمعونة:*** ينبغي توزيع المعونة الغذائية بشكل عادل. غير أن بعض الاختلافات قد تُسجل في الحصص الموزعة على مختلف المستفيدين (الأسر أو مجوعات السكان). وتعتبر الاختلافات بين حصص الأغذية التي تصل إلى نسبة ٢٠٪ ضمن الحدود المقبولة.

٥- ***أساليب توزيع المعونة الغذائية:*** ينبغي لأسلوب التوزيع أن يتطور مع مرور الزمن. فقد يكون الأسلوب الوحيد المتاح لتوزيع المعونة الغذائية على السكان المتضررين في المراحل الأولى من كارثة هو الاستعانة بمجوعة السكان المعنية لتوزيع الحصص استنادا إلى قوائم أسماء الأسر أو قوائم عدد السكان التي توفرها السلطات المحلية. ويتعين على الوكالة الإنسانية المعنية أن تراقب عن كثب عمليات توزيع المعونة الغذائية التي تضطلع بها مجموعة السكان لضمان الالتزام بالمعايير الخاصة بهذا المجال.

٦- ***إحاطة المستفيدين علماً بالتغييرات:*** إذا لزم تغيير السلة الغذائية أو مستوى الحصص الغذائية بسبب نقص المعونة الغذائية المتاحة، لا بد من إحاطة المستفيدين علما بذلك عن طريق اللجان المسؤولة عن

التوزيع أو عن طريق قادة المجتمع المحلي من النساء والرجال. وينبغي الاتفاق معهم على ما ينبغي اتخاذه من إجراءات. ويمكن للجنة المسؤولة عن توزيع المعونة الغذائية أن تخطر السكان بالتغييرات التي طرأت وسببها.

٧- *الحصص البديلة:* يوصي برنامج الأغذية العالمي ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ـــ في مبادئهما التوجيهية المتعلقة بتوزيع المعونة الغذائية ـــ باستخدام الحصص البديلة التالية لفترات تقل عن شهر واحد عندما لا تكون كل مواد السلة الغذائية متاحة:

الأغذية المخلوطة والفاصوليا	١ : ١
السكر والزيت	٢ : ١
الحبوب والفاصوليا	٢ : ١
الحبوب والزيت	٣ : ١

٨- *الحد من المخاطر الأمنية:* يمكن أن ينطوي توزيع المواد الغذائية على مخاطر أمنية، كخطر سرقتها أو خطر إثارة العنف، شأنه شأن توزيع أي سلعة ثمينة. وقد ترتفع حدة التوتر عند توزيع مواد غذائية يكون السكان المتضررون بأمس الحاجة إليها. ويمكن أن تتعرض النساء والأطفال والمسنين والأشخاص المصابين بعجز بصفة خاصة للخطر، وقد يتعذر عليهم الحصول على حصتهم أو قد تؤخذ منهم بالقوة. وعليه، يجب تقدير هذه المخاطر مسبقا واتخاذ الخطوات اللازمة للحد منها. ومن جملة الإجراءات التي ينبغي اتخاذها نذكر على سبيل المثال: الإشراف على عمليات التوزيع وتنظيم الرقابة المناسبة على مواقع التوزيع. وتتمثل إحدى الضمانات الأساسية ضد مثل هذه الحوادث في إبلاغ المستفيدين بما سيتلقونه. فينبغي مثلاً، بيان كمية المواد الغذائية التي تتضمنها الحصة باللغة المحلية أو رسمها لكي يصبح الجميع على علم بما يحق لهم الحصول عليه، وينبغي تعليق هذه المعلومات في أماكن بارزة من مراكز التوزيع.

٧- مؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم

تتوقف كل جوانب المساعدة الإنسانية على مهارات ومعارف والتزام الموظفين والمتطوعين الذين يعملون في ظروف شديدة الصعوبة وغير آمنة أحيانا. ويمكن أن يُطلب من هؤلاء الأشخاص الكثير. وبالتالي، إذا أريد منهم أن ينفذوا عملهم بما يكفل بلوغ المعايير الدنيا للعمل الإنساني، فلا بد أن يتمتعوا بالخبرة والتدريب المناسبين وأن تكفل لهم وكالتهم المساعدة والدعم اللازمين.

معيار المؤهلات رقم ١: الكفاءة

ينبغي أن يقوم بتنفيذ عمليات المعونة الغذائية موظفون ذوو مؤهلات وخبرات مناسبة للاضطلاع بالمهام المسندة إليهم، كما ينبغي أن تقدم لهم المساعدة الإدارية والدعم المناسبين.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يكون كافة الموظفين الذين يعملون في برنامج المعونة الغذائية على علم بالغرض من الأنشطة التي يطلب منهم تنفيذها وأسلوب تنفيذها.
- ينبغي أن يضطلع موظفون ذوو مؤهلات تقنية مناسبة وخبرة سابقة في مجال الطوارئ بعمليات التقييم وتصميم البرامج واتخاذ القرارات التقنية المهمة.
- ينبغي أن يكون الموظفون والمتطوعون على وعي بقضايا التكافؤ بين الجنسين ضمن السكان المتضررين، وأن يكونوا على دراية بطريقة الإبلاغ بحوادث العنف الجنسي.

- ينبغي أن يحصل الموظفون ذوو المسؤوليات التقنية والإدارية على الدعم المناسب الذي يمّكنهم من اتخاذ القرارات المهمة على أساس سليم والتحقق من فائدتها.
- ينبغي أن تكون للموظفين المسؤولين عن إدارة برنامج الأغذية والإشراف عليها، خبرة في مجال إدارة الموارد والنقل والإمداد و/أو في استخدام الغذاء للمساعدة الإنسانية أو في برامج التنمية.
- ينبغي تقديم تعليمات مفصلة للموظفين والمتطوعين الذين يشاركون في جمع المعلومات، كما ينبغي الإشراف على عملهم بانتظام.
- ينبغي أن يتمتع الموظفون العاملون في برامج المعونة الغذائية بالقدرة على تقديم المشورة للأشخاص المتضررين فيما يتعلق باستخدام الأغذية المخلوطة وتحضيرها بشكل سليم إذا كانت هذه الأغذية جزءاً من الحصة الغذائية العامة.
- ينبغي الاسترشاد بمبادئ توجيهية وبروتوكولات مكتوبة وواضحة عند تنفيذ برامج التغذية التي تستهدف فئات محددة من السكان.
- ينبغي أن يكون كافة الموظفين المشاركين في برامج التغذية التي تستهدف فئات محددة قد تلقوا تدريبا متعمقا وأن يكون قد تم اختبار تطبيقهم للبروتوكولات المذكورة.
- ينبغي أن تضم الفرق المسؤولة عن المراقبة والتوزيع عدداً متساوياً من النساء والرجال.
- ينبغي وضع نظم للتدريب والإشراف.

معيار المؤهلات رقم ٢: المؤهلات المحلية

ينبغي الاستعانة بالمؤهلات والمهارات المحلية وتحسينها بفضل برامج المعونة الغذائية.

مؤشرات أساسية

- ينبغي إشراك النساء والرجال الذين ينتمون إلى مجموعة السكان المتضررين في تخطيط برامج المعونة الغذائية وتنفيذها ورصدها وتقييمها.
- ينبغي أن يتعهد الموظفون الدوليون بتعزيز المؤهلات المحلية لكي يستفيد منها البلد في الأجل الطويل.
- ينبغي الاستفادة من مهارات الشركاء المحليين والمؤسسات المحلية والسكان المتضررين وتعزيزها أثناء تنفيذ برنامج المساعدة الإنسانية.

ملاحظات توجيهية

١- *أنظر:* ODI/people in Aid (1998), Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel.

(مدونة أفضل الممارسات في مجال إدارة شؤون الموظفين العاملين في مجال المعونة ودعمهم)

٢- ***التوظيف:*** ينبغي أن يكون للموظفين والمتطوعين مؤهلات تتناسب والمهام التي تسند إليهم. وينبغي أن يكونوا أيضاً على علم بأهم جوانب اتفاقيات حقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني والمبادئ التوجيهية بشأن النزوح الداخلي (أنظر الميثاق الإنساني).

ويعد التدريب والدعم في إطار التأهب لحالات الطوارئ عنصراً مهماً لضمان توفير موظفين مهرة قادرين على توفير خدمات عالية الجودة. وبالنظر إلى تعذر ضمان التأهب للطوارئ في بلدان عديدة، ينبغي للوكالات الإنسانية أن تضمن انتقاء موظفين مؤهلين وأكفاء وتدريبهم بشكل مناسب قبل إيفادهم المحتمل في بعثة طوارئ.

وينبغي للوكالات، عند إيفاد الموظفين والمتطوعين، أن تسعى إلى ضمان التوازن بين عدد النساء والرجال في فرق الطوارئ.

المرفق ١

مسائل حساسة أخرى

يتناول هذا القسم بايجاز عددا من المسائل التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند توفير المعونة الغذائية. وينبغي معالجة هذه المسائل وفقاً لسياق كل حالة ولاحتياجات الأشخاص المتضررين من الكارثة.

١- التأهب للكوارث والإنذار المبكر

يعتبر رصد المعلومات المستخلصة من نظم الإنذار المبكر والتأهب المستمر للكوارث في غاية الأهمية. إذ ينبغي الاسترشاد بمعلومات الإنذار المبكر في إعداد البرامج والتماس المساعدة والموارد بالنيابة عن السكان المتضررين. وغني عن البيان إن من الضروري إحاطة الهيئات المعنية علما بكل المعلومات التي تشير إلى تدهور حالة الأمن الغذائي.

وينبغي للوكالات الإنسانية التي تعمل في المناطق المعرضة للكوارث أن تختار نظم الإنذار المبكر الملائمة وأن تستخدمها. ويمكن أن تضم هذه النظم الشبكات المحلية للرصد الجوي والزراعي بالإضافة إلى شبكات موسعة ونظم الإنذار المبكر الوطنية أو الإقليمية أو الدولية ومنها نظم VAM, GIEWS, FEWS. ويمكن بفضل هذه النظم مراقبة ظواهر معينة كنمو الأعاصير أو مسائل أعم كالأمن الغذائي أو إنتاج المحاصيل.

٢- دعم الانتعاش

يمكن للمعونة الغذائية أن تعطي السكان المتضررين فرصة استعادة ظروف حياتهم على أثر حدث هدد حياتهم وسبل عيشهم. كما يمكن لهذه المساعدة أن تعزز مواردهم الخاصة وأن تساعد على تهيئة الظروف اللازمة لاستئناف حياة طبيعية.

ويُستحسن وضع برامج تهدف إلى تحسين توفير المواد الغذائية والحصول عليها واستخدامها جنبا إلى جنب مع عمليات توزيع المعونة الغذائية من أجل مساعدة السكان على استرجاع قدرتهم على إنتاج الأغذية ومباشرة أنشطة مدرة للدخل و/أو استعادة صحتهم.

ولما كان الناس يجتمعون عادة في مواقع توزيع المعونة، فإن هذه المواقع تمثل مراكز طبيعية لنشر المعلومات، كالتوعية الصحية والتوعية بأهمية السلامة وبالحصص الغذائية التي يحق للمستفيدين الحصول عليها. والواقع أن تنظيم مثل هذه الفعاليات يضيف قيمة إلى أنشطة توزيع الأغذية.

ومن الممكن أيضاً استخدام آليات توزيع المواد الغذائية لدعم أنشطة إنعاش التجارة والأسواق المحلية ولتوزيع موارد مادية أخرى. ويمكن بذلك تفادي ازدواج التكاليف والجهود وتوزيع البذور والأدوات الزراعية وغيرها من وسائل الإنتاج والمساعدة غير الغذائية (كالأوعية ولوازم الطهي والصابون ومواد بناء المآوي والبطاطين).

٣- استراتجيات المرحلة الانتقالية وإنهاء برامج المعونة

ينبغي للوكالات الإنسانية التي تستجيب لحالة طوارئ أن تحدد مجال عملها ومدته والنتيجة المرجوة منه قبل مباشرته. كما ينبغي لها ــ بعد تغطية الاحتياجات الملحة ــ أن تضع استراتيجية لإنهاء البرنامج أو للانتقال إلى أنشطة أخرى من شأنها أن توفر الدعم اللازم لأعمال التأهيل اللاحقة، إن طُلبت.

والواقع أن إطلاع السكان المحليين على التزامات الوكالة الإنسانية من شأنه أن يساعدهم على اتخاذ القرارات الملائمة بشأن طريقة استعمال موارد الأسرة. كما أن مناقشة أهداف البرنامج ومؤشرات نجاحه ونتائجه معهم، يمكن أن يساعد على تفادي المشكلات التي قد تنتج عن توقعات بعيدة عن الواقع.

ويمكن للوكالات الإنسانية أن تلعب دوراً حيوياً في المساعدة على البحث عن إمكانيات الاستثمار المناسب ودعمه من أجل المجتمعات والأسر بما يكفل تعزيز اعتمادها على نفسها وتعاضدها.

٤- تفسير المعلومات المتعلقة بالتغذية

ينبغي قراءة مؤشرات تحسّن الحالة الغذائية بعناية بالغة في ضوء المعلومات المتعلقة بالأمن الغذائي للسكان. ويمكن تفسير الأرقام التي تبين تحسناً ملموساً في مستويات التغذية بأنها تثبت فعالية خليط حصة الغذاء وكمية الأغذية الموفرة وعمليات التوزيع. ولكن ينبغي تفادي

تفسير هذه المؤشرات على أنها تعني أن السكان المنكوبين باتوا قادرين على الحصول غذائهم بنفسهم بشكل أفضل. فإذا كان الناس لا يزالون عاجزين عن تأمين احتياجاتهم الدنيا إلى المواد الغذائية، فإن إنهاء برنامج المعونة الغذائية من شأنه أن يؤدي إلى انهيار الحصيلة الغذائية التي نجح برنامج المعونة في تحقيقها، وتعجيل الانتكاس إلى الظروف التي كانت سائدة أثناء حالة الطوارئ.

المرفق ٢

مراجع مختارة

Boudreau, T (1998), *The Food Economy Approach: a Framework for Understanding Rural Livelihoods*. RRN Network Paper 26. Relief and Rehabilitation Network/Overseas Development Institute. London.

Buchanan Smith, M and Davies, S (1995), *Famine Early Warning and Early Response – the Missing Link*. Intermediate Technology Publications. London.

EuronAid and Liaison Committee of Development NGOs to the European Union (1995), *Code of Conduct on Food Aid and Food Security*. The Hague/Brussels.

FAM (1993), *Generally Accepted Commodity Accountability Principles*. Food Aid Management. Washington DC.

FAO/WHO (mixed years), Joint FAO/WHO Food Standards Programme. Codex Alimentarius Commission, Volumes 1 to 14. Further information is available from codex@FAO.org.

Jaspars, S and Young, H (1995), Good Practice Review 3: *General Food Distribution in Emergencies*: From Nutritional Needs to Political Priorities. Relief and Rehabilitation Network/Overseas Development Institute. London.

MSF (1995), *Nutrition Guidelines*. Médecins Sans Frontières. Paris.

ODI Seeds and Biodiversity Programme (1996), Good Practice Review 4: *Seed Provision During and After Emergencies*. Relief and Rehabilitation Network/Overseas Development Institute. London.

OFDA, *Field Operations Guide*. Office for Disaster Assistance, USAID. Available from OFDA's web site.

Overseas Development Institute/People In Aid (1998), *Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel*. ODI/People In Aid. London.

Riley, F, et al (1995), *IMPACT Food Security Indicators and Framework for Use in the Monitoring and Evaluation of Food Aid Programs*. A USAID supported project. Contract no. DAN-5110-Q-00-0013-00, Delivery Order 16. Task Order 803. (Available through USAID/Food for Peace).

Telford, J (1997), Good Practice Review 5: *Counting and Identification of Beneficiary Populations in Emergency Operations: Registration and its Alternatives*. Relief and Rehabilitation Network/Overseas Development Institute. London.

UNHCR (1997), *Commodity Distribution, a Practical Guide for Field Staff*. UNHCR Division of Operational Support. Geneva.

UNHCR (1996), *Partnership: A Programme Management Handbook for UNHCR's Partners*. UNHCR. Geneva.

WCRWC/UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement*. Women's Commission for Refugee Women and Children. New York.

WFP/UNHCR (December 1997), *Joint WFP/UNHCR Guidelines for Estimating Food and Nutritional Needs in Emergencies*. WFP/UNHCR. Rome/ Geneva.

WFP/UNHCR (1997), Memorandum of Understanding. WFP and UNHCR. Geneva.

Young, H (1992), *Food Scarcity and Famine. Assessment and Response*. Oxfam Practical Health Guide No 7. Oxfam. Oxford.

مصادر أخرى

يمكن الحصول على دليل برنامج الأغذية العالمي الخاص بالمؤسسات ذات الخبرة في مجال المعونو الغذائية من موقع الأغذية العالمي على شبكة «ويب»

http://wfp.org/studies/catalog_fa/index.htm

موقع برنامج الأغذية العالمي الخاص بتحليل الضعف وتحديده:

http://www.wfp.it/vam/vahmhome/htm





المعايير الدنيا لتخطيط المأوى والموقع







المعايير الدنيا لتخطيط المأوى والموقع

المحتويـــات

للإطلاع على قائمة المصطلحات وأسماء أهم الهيئات والمنظمات التي ورد ذكرها في هذا الكتاب، يرجى الرجوع إلى الملحق ١ والملحق ٢ في نهاية الكتاب.

المعايير الدنيا لتخطيط المأوى والموقع

مقدمـــــة

المعايير الدنيا لتخطيط المأوى والموقع هي التعبير العملي للمبادئ والحقوق التي يجسدها الميثاق الإنساني. علماً بأن هدف الميثاق هو تلبية الاحتياجات الأساسية بما يكفل بقاء الأشخاص المتضررين من الكوارث أو النزاعات على قيد الحياة، وصون كرامتهم وفقاً للقوانين الدولية لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني وقانون اللاجئين، التي تستند إليها الوكالات لتقديم خدماتها. وتتعهد هذه الوكالات بأن تلتزم في عملها، بمبادئ الإنسانية وعدم التحيز وبالمبادئ الأخرى المحددة في قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية للإغاثة في حالات الكوارث. ويؤكد الميثاق الإنساني مجددا أهمية ثلاثة مبادئ أساسية هي:

- **الحق في حياة كريمة.**
- **التمييز بين المقاتلين وغير المقاتلين**
- **مبدأ عدم طرد اللاجئين**

وتنقسم المعايير الدنيا إلى مجموعتين عامتين هما: المعايير المتعلقة بحقوق الأشخاص مباشرة، وتلك الخاصة بالإجراءات التي تتخذها الوكالات لضمان تمتع الأشخاص بهذه الحقوق. وتجمع بعض المعايير الدنيا بين هاتين المجموعتين.

١- أهمية تخطيط المأوى والموقع في حالات الطوارئ

يعتبر المأوى عاملا مهماً من عوامل النجاة في المراحل الأولى من حالات الطوارئ شأنه شأن توفير الماء والإصحاح والتغذية والمعونة الغذائية والرعاية

الصحية. ويُعد المأوى ضرورياً لتحسين قدرة الناس على مقاومة الأمراض، كما أنه يحمي المنكوبين من المحيط الخارجي. وتكمن أهمية المأوى أيضاً في أنه يحفظ كرامة الإنسان ويصون حياة الأسرة والمجتمع في ظل ظروف عصيبة.

والواقع أن الغرض من اختيار المأوى والموقع وتخطيطهما هو تلبية الاحتياجات المادية والاجتماعية الأساسية للأفراد والأسر والمجتمعات المحلية، وذلك عن طريق تزويدهم بمكان آمن ومريح للعيش وتشجيعهم على الاعتماد على أنفسهم بأكبر قدر ممكن من حيث الاكتفاء الذاتي وإدارة شؤونهم بنفسهم.

وينبغي تنظيم عمليات تخطيط المأوى والموقع وتنفيذها بما يكفل الحد من الآثار السلبية على السكان المضيفين أو على البيئة بأقصى قدر ممكن.

وتحدد ثلاثة سيناريوهات مختلفة احتياجات الإيواء الأساسية للأشخاص المتضررين من الكارثة. ويتوقف شكل هذه السيناريوهات على نوع الكارثة وعدد الأشخاص المتضررين والمناخ السياسي وقدرة المجتمع المحلي على مواجهة الوضع.

السيناريو ألف: بقاء المنكوبين في بيوتهم

إن الكوارث لا تدفع الناس إلى هجر بيوتهم دائما. إذ يُفضل السكان المتضررون من كارثة طبيعية البقاء بالقرب من منازلهم عادة، حيثما أمكن. وفي مثل هذه الحالات، يعتبر تقديم المعونة للمنكوبين حيث يقيمون وإن كانت بيوتهم قد انهارت أو أصيبت بأضرار هو الحل الأنسب، إذ أنه يساعدهم على استئناف حياتهم الاعتيادية بسرعة أكبر مما لو كانت هذه المساعدة تدفعهم إلى الابتعاد عن موقع الكارثة بحثا عن مأوى مؤقت. وإن تقديم المساعدة في المنطقة التي يعيش فيها السكان المتضررون، من شأنه أن يساعدهم على المحافظة على البنية الاجتماعية القائمة ــ بحكم معرفتهم بعضهم ــ ويتيح لهم مواصلة حياتهم بشكل طبيعي.

السيناريو باء: نقل المنكوبين إلى أماكن أخرى وإقامتهم مع مجتمعات مضيفة

قد تضطر مجتمعات محلية بكاملها إلى هجر بيوتها وموطنها أثناء النزاعات المسلحة وإثر حدوث بعض الكوارث الطبيعية كالفيضانات العارمة. وفي

مثل هذه الحالات، يمكن أن يستضيف المجتمع المحلي السكان النازحين أو قد يقيم هؤلاء الأشخاص مع أفراد آخرين من أسرتهم أو مع أشخاص يشاركوهم نفس الأواصر التاريخية أو الدينية أو غير ذلك من الأواصر. وينبغي أن تلبي المساعدة، في مثل هذه الحالات، احتياجات السكان المتضررين من الكارثة مباشرة بالإضافة إلى احتياجات المتضررين منها بشكل غير مباشر مع احترام حقوقهم.

السيناريو جيم: نقل المنكوبين إلى أماكن أخرى وجمعهم

يُعتبر إقامة المستقرات لإيواء النازحين واللاجئين لفترة مؤقتة، أمراً ضروريا. في الحالات التي يضطر الناس فيها إلى هجر بيوتهم والنزوح من موطنهم بسبب الكوارث الطبيعية أو النزاعات المسلحة بحثا عن ملجأ في أماكن أخرى. وكثيراً ما تدفع هذه الظروف أعدادا كبيرة من الناس إلى الإقامة معاً في أماكن معينة لفترات زمنية غير معلومة. عندئذ، ينبغي تلبية احتياجاتهم في المواقع التي اختاروها أو المواقع التي تم اختيارها لهم.

ويتناول هذا الفصل المعايير اللازمة لتوفير المأوى والملبس واللوازم المنزلية الضرورية في السيناريوهات الثلاثة المذكورة أعلاه، ثم يتناول المعايير الخاصة باختيار الموقع وتخطيطه التي تخص السيناريو الثالث وحده.

ومن شأن إشراك النساء في البرامج الخاصة بالمأوى والموقع أن يساعد على تأمين حصولهن وحصول كل أفراد السكان المتضررين من الكارثة على المأوى والملبس ومواد البناء ومعدات الإنتاج الغذائي وغير ذلك من اللوازم الأساسية بشكل عادل وآمن. ويستحسن استشارة النساء بشأن مجموعة من المسائل كالأمن، إمكانية الاختلاء، مصادر وسبل جمع الوقود للطهي والتدفئة، كيفية ضمان حصول الجميع بشكل عادل على السكن والإمدادات. ومن الضروري إيلاء عناية خاصة للوقاية من العنف والاستغلال الجنسي ومواجهة هاتين الظاهرتين. فيمكن على سبيل المثال تحسين أمن الموقع بالنسبة إلى جميع السكان، وبالأخص أولئك المعرضين لخطر العنف أكثر من غيرهم، عن طريق تحسين الإضاءة وتنظيم دوريات أمنية. وبالتالي فإن من المهم تشجيع النساء على المشاركة في تصميم برامج تخطيط المأوى والموقع وتنفيذها حيثما أمكن.

٢- ترتيب هذا الفصل

ينقسم هذا الفصل إلى ستة أقسام (تحليل الوضع، الإسكان، الملبس، إلخ). ويتضمن كل قسم من هذه الأقسام ما يلي:

- **المعايير الدنيا**: هي الحد الأدنى من الخدمات التي يراد تقديمها في كل مجال من مجالات العمل الإنساني.
- **المؤشرات الأساسية**: هي «علامات» يسترشد بها لمعرفة مدى تحقيق المعيار المطلوب. وتوّفر المؤشرات طريقة لقياس أثر برنامج معين أو نتيجته، ولقياس الإجراءات أو الأساليب المتبعة لتنفيذه وإحاطة المعنيين علماً بذلك. ويمكن أن تكون هذه المؤشرات كمية أو نوعية.
- **الملاحظات التوجيهية**: هي اعتبارات محددة ينبغي أن تؤخذ في الحسبان عند تطبيق المعايير في مختلف الظروف ويُسترشد بها لتجاوز الصعوبات العملية ومعالجة الأمور ذات الأولوية. ويمكن أن تتضمن هذه الملاحظات التوجيهية قضايا حساسة تتعلق بالمعايير أو المؤشرات، كما يمكن أن تصف مشاكل مستعصية أو المشاكل التي يدور حولها جدال أو الثغرات في المعارف الحالية. ومن شأن معالجة هذه الثغرات أن يسهم في تحسين المعايير الدنيا للمعونة الغذائية في المستقبل.

وترد في المرفق ١ مجموعة مختارة من المراجع.

وقد أشرنا في هذا الفصل إلى المعايير التقنية المطبقة في مجالات العمل الإنساني الأخرى كلما لزم الأمر، وذلك لبيان الصلة الوثيقة بين تقدم العمل في أي من هذه المجالات بتقدمه في المجالات الأخرى.

١- تحليل الوضع

ينبغي أن تقوم برامج تلبية احتياجات السكان المتضررين من الكوارث على فهم واضح للوضع السائد، بما فيه العوامل السياسية والأمنية والتطورات المتوقعة. وينبغي أن يطمئن السكان المتضررين من الكارثة والوكالات الإنسانية نفسها والمتبرعين والسلطات المحلية إلى فائدة عمليات المساعدة وفعاليتها. وبالتالي فإن من المهم تحليل وقع الكارثة وتأثير برنامج تخطيط المأوى والموقع نفسه. فإن لم تُحدد المشكلة وتُفهم بشكل صحيح أولا، فسيكون من الصعب، بل ومن المستحيل توفير الخدمات المناسبة.

تحمل أساليب التحليل الموحدة المطبقة في كل مجالات العمل الإنساني إمكانيات ملموسة لتحديد الاحتياجات الإنسانية وضمان تخصيص الموارد المناسبة لتلبيتها على وجه السرعة. ويعرض هذا القسم معايير ومؤشرات متفق عليها لجمع المعلومات وتحليلها من أجل تحديد الاحتياجات وإعداد البرامج ورصد فعاليتها وتقييمها وضمان مشاركة السكان المتضررين في تنفيذها.

وينبغي تطبيق معايير تحليل الوضع قبل الشروع في تنفيذ البرنامج وطوال فترة تنفيذه. ويبدأ التحليل بإجراء حصر أولي مباشر، الغرض منه تحديد وقع الكارثة وما إذا كان ينبغي الاستجابة لها أم لا، وتحديد طريقة هذه الاستجابة إذا كانت ضرورية. وبعد الانتهاء من التقييم الأولي ينبغي مباشرة أعمال الرصد التي تبين مدى تلبية البرنامج لاحتياجات الأشخاص المتضررين وتحدد ما إذا كان يلزم إدخال تعديلات عليه أم لا. وينتهي التحليل بالتقييم الذي يبين مدى فعالية البرنامج إجمالا ويستخلص الدروس المناسبة للمستقبل.

ويُعد تبادل المعلومات والمعارف بين كل المشاركين في أعمال الإغاثة أمراً أساسياً للتوصل إلى فهم كامل للمشكلة ولتنسيق المساعدات. كما أن جمع الوثائق ونشر المعلومات المستخلصة من عملية التحليل يسهمان في فهم

الآثار الضارة للكوارث على الصحة العامة وغيرها من الآثار فهما أشمل. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يساعد جمع المعلومات في تحسين استراتيجيات الوقاية من الكوارث والتخفيف من حدتها.

وتنطبق معايير التحليل على مختلف أنواع المآوي اللازمة التي ورد وصفها في مقدمة هذا الفصل، كما تنطبق على المأوى والملبس واللوازم المنزلية وانتقاء الموقع وتخطيطه.

معيار التحليل رقم ١: الحصر الأولي

ينبغي أن تستند القرارات التي تتخذ بشأن البرنامج إلى فهم أكيد لحالة الطوارئ وتحليل واضح لاحتياجات السكان إلى المأوى والملبس واللوازم المنزلية.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يضطلع موظفون ذوو خبرة مناسبة بإجراء الحصر الأولي على الفور، وفقاً لإجراءات دولية متفق عليها.
- ينبغي إجراء الحصر الأولي بالتعاون مع فريق يضم ممثلين من مختلف مجالات العمل الإنساني (الماء والإصحاح، التغذية، الغذاء، المأوى، الصحة) وبالتعاون مع السلطات المحلية والسكان المتضررين، رجالاً ونساءً، والوكالات الإنسانية التي تنوي تقديم مساعدتها.
- ينبغي جمع المعلومات وعرضها بطريقة تساعد على اتخاذ قرارات تتسم بالشفافية والاتساق.
- ينبغي تصنيف البيانات حسب الجنس والسن.
- ينبغي أن تساعد المعلومات التي تم جمعها على تحديد الاحتياجات إلى المأوى والملبس واللوازم المنزلية، وأن توفر بيانات أساسية للرصد والتقييم. وينبغي أن يقدم الحصر الأولي صورة عن السكان المتضررين وحالتهم بالإضافة إلى معلومات عن البيئة والمرافق المحلية والموارد الطبيعية والمادية وإمكانيات استخدام الأرض.

- ينبغي أن يراعي التقييم المعايير الوطنية الخاصة بالمأوى في البلد الذي وقعت فيه الكارثة وكذلك في البلد الذي تقدم فيه المساعدة الإنسانية إن كانت مختلفة عن المعايير الأولى.
- ينبغي أن تُقدم توصيات بشأن الحاجة إلى التماس المساعدة الخارجية أو الاستغناء عنها. فإذا كان من الضروري الحصول على المساعدة الخارجية، وجب عندئذ تقديم توصيات بشأن أولويات هذه المساعدة واستراتيجية توفيرها والموارد اللازمة لتقديمها. كما ينبغي تقديم تقرير عن حصر الاحتياجات يغطي أهم مجالات العمل ويقدم توصيات مناسبة.
- ينبغي مراعاة التهديدات العامة لأمن الناس والتهديدات الخاصة التي تواجهها فئات محددة من السكان المتضررين، كالنساء والفتيات على وجه التحديد، عند تصميم المآوي وتخطيط الموقع.
- ينبغي إطلاع مجالات العمل الإنساني الأخرى والسلطات الوطنية والمحلية والوكالات المشاركة في أعمال الإغاثة وممثلي السكان، نساءً ورجالاً، على استنتاجات تقارير حصر الاحتياجات.

ملاحظات توجيهية

١- ***الإجراءات المتفق عليها دوليا في مجال الحصر الأولي:*** أنظر على سبيل المثال، دافيس ولامبرت (١٩٩٥)، تيلفورد (١٩٩٧)، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (١٩٨٢) وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية (١٩٩٤).

٢- ***متطلبات تقييم الموقع وتخطيطه:*** للحصول على تفاصيل إضافية بهذا الخصوص، يرجى الإطلاع على معيار اختيار الموقع رقم ١، إذ توفر الملاحظات التوجيهية الخاصة بهذا المعيار تفاصيل عن المعلومات اللازمة لإجراء التقييم المادي وتقييم البيئة.

٣- ***ينبغي أن يضم وصف السكان المتضررين ما يلي:***

- الوصف الديمغرافي (السكاني) (حسب الجنس والعمر والفئات الاجتماعية).

- أساليب الدعم التقليدية، والأصل الحضري أو الريفي للسكان المتضررين.
- أسلوب الحياة التقليدي من حيث استخدام الأماكن العامة والخاصة وطهي الغذاء وحفظه ورعاية الأطفال وطرق المحافظة على النظافة.
- مهارات وأساليب البناء التقليدية.
- ما جلبه الناس معهم من ممتلكات.
- نوع المأوي التي يختارها المنكوبون في حال السماح لهم باختيارها.
- احتياجات الفئات المعرضة لأخطار إضافية.
- التهديدات الفعلية أو المحتملة على أمن السكان النازحين، سواء أكانت خارجية أو داخلية، ومن جملتها التهديدات التي تواجهها الفئات الحساسة، وبصفة خاصة النساء والفتيات.

٤- ***ينبغي أن يشمل تقييم المرافق الأساسية والموارد المحلية ما يلي:***

- إمكانيات وظروف الوصول إلى الموقع كالطرق ومدارج هبوط الطائرات ومحطات السكك الحديدية والموانئ.
- كميات الخشب اللازمة للبناء والوقود، وكمية الماء التي يمكن سحبها بصورة مستديمة.
- المعدات الثقيلة الموجودة أصلا في المنطقة كالجرافات وغيرها من معدات بناء الطرق وإعداد الموقع.

٥- ***ينبغي أن تتضمن المعومات الخاصة بالبيئة ما يلي:***

- تضاريس الأراضي التي يمكن استعمالها لإقامة المستقرات ومدى ملاءمتها للسكن والزراعة.
- تنوع مصادر الماء المحتملة وإمكانيات حمايتها (أنظر توفير الماء والإصحاح في الفصل ١).
- المناطق الطبيعية الشديدة التعرض للخطر.

- الاختلافات الموسمية، بما في ذلك الأمطار والثلوج وتفاوت درجات الحرارة والرياح العاتية والفيضانات.
- الأمراض المتوطنة ونواقل الأمراض والحيوانات الضارة. (أنظر توفير الماء والإصحاح في الفصل ١، وخدمات الصحة في الفصل ٥).

٦- ***استخدام معلومات الإنذار المبكر والتأهب للطوارئ:*** ينبغي استخدام هذه المعلومات ما أمكن، إذ يمكن أن تكون مفيدة في التقييم. ويشتمل التأهب لحالات الطوارئ على تدريب الموظفين وتخزين الإمدادات ـــ كمواد بناء المآوي ـــ في مواقع استراتيجية. وإذا كشفت معلومات الإنذار المبكر عن احتمال نزوح مجموعة معينة من السكان، فينبغي عندئذ الإسراع في جمع المعلومات المناسبة وتحليلها. ويستحسن في هذه الحالات تقييم قدرة السلطات المحلية ومنظومة الأمم المتحدة ووكالاتها في الميدان على مواجهة الكارثة، كما ينبغي الإحاطة بعدد الأشخاص ذوي الخبرة الذين يمكن الاستعانة بهم في الميدان، وبخطط التنمية والإمدادات والمعدات التي يمكن استخدامها بانتظار وصول الإمدادات والمعدات المطلوبة.

٧- ***التوقيت:*** يُعد التوقيت أساس الحصر الأولي الذي ينبغي إجراؤه في أسرع وقت ممكن بعد وقوع الكارثة. وينبغي في الوقت نفسه تلبية الاحتياجات الأساسية على الفور، عند الضرورة. وكقاعدة عامة، يستحسن إعداد تقرير الحصر خلال الأسبوع التالي للوصول إلى موقع الكارثة، وإن كان ذلك يعتمد على نوع الحدث والوضع العام.

٨- ***المسؤولون عن إجراء الحصر:*** ينبغي الاستعانة بأشخاص قادرين على جمع المعلومات من السكان المتضررين بكل فئاتهم بطريقة مقبولة اجتماعيا. كما ينبغي أن تولى أهمية خاصة لجنس هؤلاء الأشخاص ومعارفهم اللغوية. ويستحسن تحقيق توازن بين عدد الرجال والنساء المشاركين في أعمال الحصر. وينبغي أن يضم الفريق خبيرا في بناء المآوي إن أمكن.

٩- ***إجراءات حصر الاحتياجات:*** ينبغي أن يتفق المشاركون كافة على إجراءات الحصر قبل الشروع في عملهم الميداني، وينبغي أن تُسند مهام الحصر المحددة إلى كل منهم بناء على ذلك.

١٠- ***جمع المعلومات:*** هناك أساليب عديدة لجمع المعلومات، ينبغي إيلاء عناية خاصة لاختيار أنسبها للحالة المعنية ولنوع المعلومات التي يراد جمعها. وينبغي، كقاعدة عامة، زيادة تواتر عمليات جمع المعلومات عندما تطرأ تغييرات سريعة في الوضع أو تطورات حاسمة، منها على سبيل المثال تنقلات جديدة للسكان أو تفشي مرض الإسهال مثلاً. وإذا كان الحصر الأولي سريعا وجزئيا أحيانا، فإن التحليل عادة ما يتحسن مع مرور الوقت ومع توفر المزيد من البيانات. وتمثل الاستعانة بالاستبيانات طريقة مفيدة للتأكد من تغطية كل المسائل المهمة التي يراد تحليلها.

١١- ***مصادر المعلومات:*** يمكن جمع المعلومات اللازمة لإعداد تقرير التقييم من المؤلفات المتاحة ككتب التاريخ ذات الصلة بالموضوع والبيانات التي كانت متاحة قبل حالة الطوارئ. ويمكن استقاء المعلومات أيضاً عن طريق الحوار مع الأشخاص المعنيين المطلعين، بمن فيهم المتبرعين وموظفي الوكالة الإنسانية المعنية وموظفي الدولة والأخصائيين المحليين وقادة المجتمع المحلي من الرجال والنساء وكبار السن والموظفين الصحيين المشاركين في العملية والمعلمين والتجار وغيرهم. ويمكن الحصول على المعلومات من مصادر أخرى أيضاً كشبكات الإنذار المبكر وأعمال تقييم الضعف والخطط الوطنية أو الإقليمية للتأهب للكوارث. وينبغي شرح الأساليب المتبعة في جمع المعلومات وحدود التعويل عليها بوضوح. كما ينبغي الامتناع عن تقديم المعلومات بطريقة تعكس صورة مشوهة عن الوضع الحقيقي.

١٢- ***اعتبارات أساسية:*** ينبغي أن يراعي التقييم حقوق السكان المتضررين من الكوارث المنصوص عليها في القانون الدولي. وينبغي أن يعكس الحصر الأولي والتحليل اللاحق إدراكا للقضايا الهيكلية والسياسية والأمنية والاقتصادية والسكانية والبيئية للمنطقة. ولا بد من مراعاة خبرة السكان المتضررين من الكوارث وآرائهم عند تحليل آليات حالة الطوارئ الجديدة ووقعها. ويستلزم ذلك الاستعانة بالخبرات والمعارف المحلية عند جمع البيانات وتحليل الموارد والقدرات وأوجه الضعف والاحتياجات. ويجب أيضاً مراعاة ظروف المعيشة الحالية للنازحين وغير النازحين في المنطقة وظروف معيشتهم قبل حالة الطوارئ.

١٣- ***الفئات المعرضة للخطر:*** يجب مراعاة احتياجات الفئات المعرضة لأخطار إضافية، كالنساء والفتيات والقاصرين غير المصحوبين بذويهم والأطفال والمسنين والمصابين بعجز. والمهم أن تُراعى التهديدات الفعلية والمحتملة التي يمكن أن تتعرض لها النساء والفتيات اللاتي يعشن قريبا من الرجال، ولا سيما عندما تكون كل نظم المساعدة الاجتماعية المخصصة للأرامل والنساء الوحيدات والفتيات غير المصحوبات بذويهن قد انهارت. كما ينبغي الكشف عن الأدوار التي يسندها النظام الاجتماعي للرجال والنساء.

١٤- ***استتباب الوضع:*** ينبغي أن يشكل التفكير والتحليل بشأن فترة ما بعد الكارثة جزءا من الحصر الأولي لكي تسهم العمليات الرامية إلى تلبية احتياجات الطوارئ الفورية في تعزيز استتباب وضع السكان المتضررين.

معيار التحليل رقم ٢: الرصد والتقييم

ينبغي رصد وتقييم أداء وفعالية برنامج المأوى والموقع وتطورات الوضع المتوقعة.

مؤشرات أساسية

- ينبغي جمع معلومات مفيدة للرصد والتقييم على وجه السرعة وتسجيلها وتحليلها بطريقة تلتزم بالدقة والمنطق والاتساق والوضوح.
- ينبغي وضع نظم تؤمّن جمع المعلومات بطريقة منهجية فيما يتعلق بتأثير عملية الإغاثة (سلباً أم إيجاباً) في توفير المأوى والملبس واللوازم المنزلية والبيئة.
- ينبغي رصد استعمال النساء، بصفة خاصة، للوازم والأدوات المنزلية.
- ينبغي إشراك السكان المتضررين، نساءً ورجالاً وأطفالاً، في أنشطة الرصد.

- ينبغي رفع تقارير تحليلية منتظمة عن تأثير برنامج المأوى والموقع في السكان المتضررين. كما ينبغي إعداد تقارير عن تطورات الوضع وغيرها من العوامل التي قد تدعو إلى إدخال تعديلات على البرنامج.
- ينبغي أن تبين أنشطة الرصد مدى فعالية البرنامج في تلبية احتياجات الفئات التي يستهدفها ضمن السكان المتضررين.
- ينبغي وضع نُظم تُسّهل تبادل المعلومات بين البرنامج ومجالات العمل الإنساني الأخرى والسكان المتضررين والسلطات المحلية المعنية والمتبرعين وغيرهم، حسب الحاجة.
- ينبغي تقييم البرنامج في ضوء الأهداف التي وضعها والحد الأدنى من المعايير المتفق عليها لقياس فعاليته ووقعه الإجماليين على السكان المتضررين.

ملاحظات توجيهية

١- *استعمال معلومات الرصد:* تتسم الطوارئ، بحكم طبيعتها، بالتقّلب والتغيّر المستمرين. وبالتالي، فإن من المهم الحصول على معلومات منتظمة عن آخر التطورات في الوضع لضمان مواكبة برنامج المساعدة لهذه التطورات. وينبغي أن تتضمن الدراسات والتقديرات المنتظمة للوضع كل المعلومات المستخلصة من الرصد المنتظم لبرنامج الإغاثة. وقد يلزم في بعض الظروف تغيير استراتيجية الإغاثة المتبّعة لضمان تكييفها مع أهم التغييرات في الاحتياجات. وإن تقييم عملية توفير المأوى بعد ستة أشهر تقريبا من مباشرتها، من شأنه أن يسمح بالبت في مواصلة البرنامج وطريقة مواصلته. واستنادا إلى ذلك يمكن الشروع في تخطيط أنشطة الوكالات الإنسانية وأعمالها الطويلة الأجل، بالإضافة إلى معالجة قضايا عودة النازحين وإعادة دمجهم في مجتمعاتهم.

٢- *التعاون مع مجالات العمل الإنساني الأخرى:* ينبغي استخدام المعلومات التي يجري جمعها خلال الحصر الأولي لرصد وتقييم برنامج المأوى والموقع. ويمكن أن تستعمل هذه المعلومات أيضاً كبيانات لنظام المعلومات الخاصة بالصحة. وتستلزم أنشطة الرصد والتقييم تعاونا وثيقا مع مجالات العمل الإنساني الأخرى.

٣- ***استعمال المعلومات ونشرها:*** ينبغي أن تكون المعلومات التي يجري جمعها وثيقة الصلة ببرنامج المساعدة، أي ينبغي أن تكون مفيدة ويمكن استعمالها فعلا. كما ينبغي توفيرها لمجالات العمل الإنساني والوكالات الإنسانية الأخرى وللسكان المتضررين حسب الحاجة. وينبغي أن تكون وسائل الاتصال المستعملة (أساليب النشر واللغة وما إلى ذلك) مناسبة للجمهور المستهدف.

٤- ***السلامة:*** تُمثل مراقبة برامج المأوى والموقع أهمية كبيرة لضمان سلامة الفئات المعرضة للخطر ولتحديد الأماكن التي يمكن أن تقع فيها أعمال العنف واتخاذ إجراءات بهذا الخصوص.

٥- ***الأشخاص المعنيون بالرصد:*** عندما يستدعي الرصد استشارة السكان المتضررين، فإن من المستحسن إشراك الأشخاص القادرين على جمع المعلومات بطريقة مقبولة اجتماعيا ضمن السكان المتضررين بمختلف فئاتهم، مع مراعاة تمثيل الجنسين بصفة خاصة والمهارات اللغوية لهؤلاء الأشخاص. كما ينبغي تشجيع النساء على المشاركة في هذه الأنشطة.

٦- ***التقييم:*** يعتبر التقييم جزءا مهماً من التحليل. إذ يمكن بفضله قياس فعالية برامج المساعدة واستخلاص الدروس المناسبة للعمليات اللاحقة في مجال التأهب للكوارث والتخفيف من حدتها وفي مجال تقديم المعونة أيضاً. كما أن التقييم يُشّجع على مساءلة المعنيين بتنفيذ البرنامج. ويشمل التقييم عمليتين متكاملتين:

أ) يضطلع موظفو الوكالة المعنية، في سياق العملية الأولى، بأجراء تقييم داخلي للبرنامج ضمن التحليل والاستعراض الاعتياديين للمعلومات المستخلصة من الرصد. ويجب أن تقوم الوكالة المعنية أيضاً، بتقييم فعالية كل البرامج التي تنفذها في ظل كارثة معينة أو أن تقارن البرامج التي تنفذها في ظروف مختلفة.

ب) في إطار العملية الثانية، يصبح التقييم، على عكس التقييم السالف الذكر، جزءا من تقييم أوسع نطاقاً تقوم به الوكالات الإنسانية والجهات المانحة، ويمكن أن يُنفذ بعد انتهاء ذروة مرحلة الطوارئ مثلاً. ومن المهم، عند إجراء عمليات التقييم، أن تكون الأساليب المتبعة والموارد المستعملة لإجرائها منسجمة مع

برنامج المساعدة وطبيعته. كما أن من الضروري أن يبين تقرير التقييم المنهجية والإجراءات المتبعة لاستخلاص النتائج. وينبغي إطلاع المشتركين فالعمل الإنساني، بمن فيهم السكان المتضررين، على نتائج هذا التقييم.

معيار التحليل رقم ٣: المشاركة

ينبغي أن يتاح للسكان المتضررين من الكارثة فرصة المشاركة في وضع برنامج المساعدة وتنفيذه.

مؤشرات أساسية

- ينبغي استشارة السكان المتضررين، نساءً ورجالاً، وإشراكهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بحصر الاحتياجات ووضع البرنامج وتنفيذه.
- ينبغي أن يتلقى السكان المتضررون من الكارثة، نساءً ورجالاً، معلومات عن برنامج المساعدة وأن تتاح لهم فرصة التعليق عليه أمام الوكالة الإنسانية المعنية.

ملاحظات توجيهية

١- ***العدل:*** من شأن مشاركة السكان المتضررين من الكوارث في اتخاذ القرارات وإعداد برنامج المساعدة وتنفيذه أن يسهم في ضمان فعالية ذلك البرنامج وإنصافه. وينبغي بذل جهود خاصة لضمان مشاركة النساء في إعداد البرنامج وتحقيق توازن بينهن وبين الرجال المشاركين في وضعه. وتجدر الإشارة إلى أن المشاركة في إعداد برامج تخطيط المأوى والموقع يمكن أن يسهم في تعزيز شعور الأفراد بكرامتهم وقيمتهم رغم الشدائد، وأن يخلق شعورا بالانتماء إلى الجماعة يمكن أن يساعد على ضمان سلامة وأمن أولئك الذين يتلقون المساعدة وأمن المسؤولين عن تقديمها على حد سواء.

٢- ***برامج المأوى والموقع:*** يمكن إشراك الأشخاص المتضررين في برامج توفير المأوى والملبس واللوازم المنزلية بطرق متعددة. منها: مشاركتهم

في فرق حصر الاحتياجات؛ وفي اتخاذ القرارات (بشأن الاستخدام العام أو الخاص للموقع)؛ نشر المعلومات بشأن مخزون الغذاء وأساليب البناء التقليدية؛ المساعدة في الكشف عن كل ما من شأنه أن يهدد الأمن، والتهديدات المحددة تجاه النساء والفئات المعرضة للخطر؛ وتوفير اللوازم المنزلية.

٣- ***لجان التنسيق:*** تُسهم لجان التنسيق في ضمان مشاركة السكان في برنامج المساعدة. ولضمان تمثيل كل فئات السكان في هذه اللجان، ينبغي مراعاة الجنسين والسن والعرق والوضع الاجتماعي والاقتصادي للسكان المعنيين. كما ينبغي أن يشترك في هذه اللجان القادة السياسيون المعترف بهم وقادة المجتمع من النساء والرجال والقادة الدينيون. وينبغي الاتفاق على دور لجان التنسيق ووظائفها عند إنشائها.

٤- ***التماس وجهات النظر والآراء:*** يمكن إشراك الأشخاص المعنيين أيضاً عن طريق إجراء استطلاعات الرأي وتنظيم المناقشات، وذلك أثناء عمليات توزيع مساعدات الإغاثة وأثناء الزيارات إلى المنازل أو عند التصدي للمشاكل الشخصية. كما يمكن استخلاص معلومات مفيدة عن المعتقدات والتقاليد الاجتماعية من خلال تنظيم مناقشات عامة مع الأشخاص المتضررين.

٢- الإسكان (المأوى)

إن الغرض من برامج الإسكان هو المساعدة على ترميم البيوت وبناء مآوٍ مؤقتة أو توطين السكان النازحين في المجتمعات المحلية القائمة حسب الظروف.

معيار الإسكان رقم ١: المسكن

ينبغي أن تُوفَر للأشخاص المتضررين مساحة مسقوفة كافية تقيهم قسوة الطقس. كما ينبغي أن يتمتعوا بقدر كاف من الدفء والهواء النقي والأمن وإمكانية الاختلاء بما يكفل كرامتهم وصحتهم وراحتهم.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يتراوح متوسط المساحة المتاحة لكل شخص بين ٣,٥ و٤,٥ متر مربع.
- ينبغي بناء المآوي بشكل يكفل أفضل تهوية ممكنة ويقي الأشخاص من ضوء الشمس المباشر في المناطق الحارة والرطبة.
- ينبغي أن تكون مواد البناء في المناطق الحارة والجافة سميكة بالقدر الكافي لحماية الناس من الحر. وفي الحالات التي تستخدم فيها قطع المشمع أو الخيم فقط كمآوٍ، فينبغي السعي إلى توفير سقف مزدوج أو مادة عازلة.
- ينبغي أن تكون مواد بناء المآوي في المناطق البادرة ذات قدرة عازلة كبيرة. ويمكن تحقيق درجة الحرارة الملائمة لسكان المأوى عن طريق استخدام المواد العازلة في بناء المآوي وتزويد الأفراد بما يكفي من ملابس وبطاطين وملاءات ومواقد وضمان حصولهم على قدر كاف الأغذية الغنية بالطاقة.

- إذا تم توفير قطع المشمع لإقامة المآوي، فينبغي أن تكون مطابقة للمواصفات التي وضعتها مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين.

ملاحظات توجيهية

١- ***علاقة هذا المجال بمجال توفير الماء والإصحاح:*** للإطلاع على المؤشرات المتعلقة بالمسافات الدنيا والقصوى للوصول إلى مواقع توزيع الماء والمراحيض وعددها، يرجى الرجوع إلى الفصل ١ الذي يغطي معايير توفير الماء والإصحاح والتخلص من الفضلات.

٢- ***معايير المأوى:*** تتوقف المعايير المتعلقة بالمأوى على المناخ وحجم الأسرة. ففي المناطق البادرة، يحتاج الناس إلى مساحة داخلية أكبر لأنهم يمضون قدراً أكبر من وقتهم داخل المأوى بالمقارنة مع المناطق الحارة. ويمضي المسنون والنساء وصغار الأطفال مزيداً من الوقت داخل المأوى في أغلب الأحيان.

٣- ***المناطق الحارة والرطبة:*** يجب اختيار اتجاه المأوى وتصميمه بشكل يكفل أفضل تهوية ممكنة ويحول دون دخول أشعة الشمس المباشرة إلى المأوى، وعليه يستحسن أن يواجه الباب والشبابيك الشمال والجنوب. وينبغي أن تكون درجة انحدار السقف كافية لصرف مياه الأمطار وأن تكون للمآوي امتدادات سقفية كبيرة. كما ينبغي أن تكون مواد البناء خفيفة لتفادي الاحتفاظ بالحرارة. وإن اختيار أنسب اتجاه عند بناء المأوى من شأنه أن يُحقق أفضل تهوية ممكنة. وينبغي تسهيل هذه التهوية بالامتناع عن بناء مآوي متلاصقة. ويُنصح كذلك بإقامة مناطق مظللة للطهي ولتجفيف لوازم الطهي في الهواء الطلق. وينبغي أيضاً أخذ مواسم الأمطار في الاعتبار عند بناء المآوي. إذ يشكل صرف المياه السطحية أهمية بالغة في مثل هذه الظروف (أنظر توفير الماء والإصحاح، معيار الصرف، في الفصل ١).

٤- ***المناطق الحارة والجافة:*** ينبغي أن تكون مواد البناء ثقيلة بما يكفي لضمان أفضل تبادل حراري ممكن، بما يكفل الإفادة من الاختلافات في درجة الحرارة بين الليل والنهار في تبريد المأوى وتدفئته على التوالي. ومن المهم أن تكون الشبابيك صغيرة الحجم. وفي الحالات التي يكون فيها المشمّع أو الخيم المادتان الوحيدتان المتاحتان لإقامة

المآوي، ينبغي تزويد هذه المآوي بسقوف مزدوجة تسمح بمرور الهواء بين طبقاتها بما يكفل حماية المأوى من الحرارة. وهناك حل آخر يتمثل في تشجيع استخدام المواد العازلة. غير أن التهوية ليست هي الشاغل الأساسي في المآوي ذات الهياكل الخفيفة، إذ يمكن تهوية هذه الأماكن بسهولة عن طريق فتح الأبواب المتقابلة بكل بساطة، لتفادي ارتفاع درجة الحرارة في المأوى نتيجة للرياح الحارة وإشعاع الحرارة من الأرض المحيطة بالمأوى ولتفادي دخول الرمل إلى المأوى. كما يمكن أن توفر المآوي المجاورة أو الأشجار بعض الظل.

٥- ***المناطق الباردة:*** من الضروري توفير مآوٍ ذات قدرة عازلة جيدة في المناطق الباردة. غير أن جودة المآوي وحدها لا تكفي دائماً لتأمين الدفء اللازم للجسم الذي يتوقف على مجموعة من العوامل، أهمها هي: درجات الحرارة الخارجية؛ الرياح؛ عزل المآوي؛ التدفئة؛ الملابس والبطاطين المتاحة؛ المتحصل من الطاقة.

كما يمكن الحد من عامل البرد عن طريق توفير حد أدنى من التهوية اللازمة لضمان الراحة الشخصية والأمان ولتفادي المشكلات التنفسية التي قد تسببها أجهزة التدفئة أو مواقد الطهي. ومن الضروري تأمين هذا الحد الأدنى من التهوية. كما ينبغي تصميم الأبواب بشكل يقلل من التيارات الهوائية بأقصى قدر ممكن.

وتشكل أجهزة التدفئة عنصرا أساسياً في مثل هذه المناطق ويجب أن تكون مناسبة للمأوى. ويستحسن تركيب مداخل للهواء وأنابيب لخروج الأبخرة من المواقد وأجهزة التدفئة.

ويعتبر توصيل الحرارة عن طريق الأرض مسألة مهمة تستلزم اهتماما، إذ أنها تضمن عدم فقدان الناس لحرارة جسمهم أثناء الليل. ويمكن معالجة هذه المسألة عن طريق عزل الأرضية والمأوى ذاته و/أو عن طريق تزويد سكان المأوى بالحصير أو المراتب.

٦- ***المشّمع وغير ذلك من المواد:*** عادة ما يجري توفير المشمع المقوى خلال المراحل الأولى من حالة الطوارئ. وقد توفر معه أحياناً قطع الحبل والمواد اللازمة لإقامة المآوي كأعمدة الخشب أو الألواح المعدنية المطلية بالزنك (المجلفنة) أو الالومنيوم أو الورق المقوى. كما ينبغي التفكير من إمكانية مساعدة السكان المتضررين على جمع مواد البناء في

الطبيعة أو شرائها في الأسواق المحلية. وإذا كان من شأن جمع هذه المواد في الطبيعة أن يُلحق ضررا بالاقتصاد المحلي أو بالبيئة، فينبغي عندئذ محاولة توفير مواد جاهزة لبناء المآوي.

وينبغي أن تتلقى الأسرة النموذجية ــ المكونة من خمسة أفراد ــ قطعة من المشمع تبلغ مساحتها ٤×٦ أمتار على الأقل. ويستحسن استيراد المشمع في شكل لفائف لسهولة نقلها وتخزينها وتوزيعها (ويحسب عادة ٤ أمتار × ٦٠ مترا لعشر أسر). علماً بأن توفير قطعة من المشمع تبلغ مساحتها ٤×٧ أمتار لكل أسرة، من شأنه أن يسمح ببناء مآوي ذات ارتفاع مناسب. (أنظر دافيس، ولامبرت (١٩٩٥)، برنامج الأمم المتحدة للتنمية (١٩٩٥) ومنظمة أطباء بلا حدود (١٩٩٧).

٧- ***قطع المشمع:*** ينبغي أن تكون قطع المشمع الموزعة مطابقة للمواصفات التي حددتها مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. أما المشمع المخصص لحماية المباني المتضررة من المياه فله مواصفات أخرى.

٨- ***الاشتراك في المآوي:*** لا يُعتبر الاشتراك في المأوى حلا مرغوبا لمعالجة مشكلات الإيواء. ولكن إذا لم يكن هناك غيره، فلا بد عندئذ من محاولة ضمان أكبر قدر ممكن من الخلوة للأشخاص الذين يشتركون في نفس المأوى

٩- ***المنازل التي لحقت بها أضرار:*** يجب تقديم الدعم اللازم للأشخاص النازحين الذي يعودون إلى منازلهم التي ألحقت بها الحرب أو الكوارث الطبيعية أضراراً. وفي المناطق الباردة، يُستحسن مساعدة الأشخاص المتضررين على ترميم غرفة واحدة لجعلها صالحة للسكن بدلا من توفير سكن جماعي للأشخاص المتضررين. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي حث ضحايا الزلازل على مغادرة المباني التي لحقت بها أضرار، ولا سيما عندما يكون هناك احتمال كبير في وقوع صدمات لاحقة أو زلازل أخرى.

١٠- ***مكافحة نواقل الأمراض:*** قد يلزم اتخاذ تدابير لمكافحة نواقل الأمراض في المآوي، سواء في المناطق الحارة أو الباردة، لتفادي انتشار الحشرات والقوارض كالبعوض والجرذان والذباب والحيوانات الضارة كالثعابين والعقارب (أنظر معايير مكافحة نواقل الأمراض في الفصل ١، توفير

الماء والإصحاح). وينبغي أن تستند برامج توفير المأوى واختيار مواد البناء وتدابير المراقبة اللاحقة إلى فهم جيد لتقاليد البناء المحلية ولطريقة استخدام النازحين للمساكن.

١١- ***الآثار على البيئة:*** ينبغي اتخاذ التدابير المناسبة للحد من آثار برامج توفير المأوى على البيئة بأكبر قدر ممكن. ومن جملة هذه التدابير:

- توفير مواد البناء لتفادي استنفاد الموارد الطبيعية المحلية.
- حماية النباتات التي تمثل عاملا أساسياً لتفادي عوامل التعرية أو الفيضانات أو كليهما.
- صون الغابات الزراعية والإنتاجية.

٣- الملبس

معيار الملبس

ينبغي أن توّفر للأشخاص المتضررين من الكوارث بطاطين وملابس كافية تقيهم من قسوة الطقس وتكفل كرامتهم وسلامتهم وراحتهم.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يحصل الأشخاص المتضررون على عدد كاف من البطاطين.
- ينبغي أن توفر لكل طفل حتى سن عامين مجموعة كاملة من الملابس ومن مواد المحافظة على النظافة، تحترم عادات السكان المتضررين والموسم والطقس.
- ينبغي أن تحصل النساء والفتيات والرجال والصبيان على مجموعة واحدة كاملة من الملابس على الأقل ذات قياس مناسب. وينبغي أن تحترم هذه الملابس العادات الاجتماعية للمنكوبين والموسم والطقس. كما ينبغي تزويد النساء والفتيات بالحفّاظات الصحية بشكل منتظم.
- ينبغي توفير الأكفان لدفن الموتى عند الحاجة.

ملاحظات توجيهية:

١- ***توفير ملابس ملائمة:*** ينبغي أن يشير تقرير الحصر الأولي إلى العوامل المناخية والثقافية للمنطقة المنكوبة لضمان توفير البطاطين والملابس المناسبة للرجال والنساء والأطفال ولمختلف فئات الأعمار. وينبغي توزيع هذه الملابس في شكل مجموعات منفصلة بدلا من توفيرها في شكل بالات.

٢- ***احتياجات النساء:*** ينبغي تزويد النساء بملابس خاصة تحفظ نظافتهن وكرامتهن. كما يجب أن يتلقين مواداً مناسبة لتلبية احتياجاتهن الشهرية. وينبغي أن تكون هذه المواد مناسبة وأن لا تلفت الانتباه، وإلا فلن تستخدمها النساء. وبالنظر إلى الطابع الحساس لهذه المسألة، يجب إشراك النساء في اتخاذ القرارات المتعلقة بما ينبغي توفيره لهن من مواد (أنظر توفير الماء والإصحاح، ومعايير التخلص من الفضلات في الفصل ١)

٣- ***القدرة العازلة:*** تتضاءل القدرة العازلة للبطاطين والملابس بشكل ملموس عندما تكون مبلولة (١٠ ــــ ١٥ ضفعا) مما يؤدي إلى فقدان الجسم للطاقة الحرارية. وتجدر الإشارة إلى أن استخدام عدة طبقات من الملابس أو البطاطين لا يقي من البرد بالضرورة، بل أن زيادة وزن الأقمشة يقلل على العكس من الدفء. وعليه فإن شراء البطاطين ذات الجودة العالية ينطوي على مردودية أكبر من حيث التكلفة مقارنة مع توفير عدد كبير من البطاطين الرخيصة وذات الجودة المحدودة.

٤- ***المسائل المتعلقة بالمقاومة الحرارية والمناخ:*** للحصول على مزيد من المعلومات، يرجى الإطلاع على برنامج الأمم المتحدة للتنمية (١٩٩٥).

٤- اللوازم المنزلية

غالبا ما يحمل النازحون حاجيات بسيطة عند مغادرة بيوتهم. وبالتالي تحتاج الأسر النازحة إلى لوازم أساسية عند وصولها إلى موقع إقامتها الجديد. وينبغي تحديد هذه الاحتياجات عند إجراء الحصر الأولي.

معيار اللوازم المنزلية رقم ١: لوازم الحياة اليومية

ينبغي أن تحصل الأسر على اللوازم المنزلية والصابون للمحافظة على النظافة الشخصية والأدوات اللازمة لصون كرامتها وراحتها.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن تحصل الأسر على اللوازم المنزلية التالية: إناء للطهي مع غطاء؛ حوض واحد؛ سكين حاد؛ ملعقتان من الخشب؛ إناءان لجمع الماء تتراوح سعتهما بين لتر واحد و٢٠ لتراً بالإضافة إلى أواني لحفظ الماء سعتها ٢٠ لتراً.
- ينبغي أن يزود كل شخص بصحن للأكل وملعقة معدنية وكأس للشرب.
- ينبغي أن يحصل كل شخص على ٢٥٠ غم من الصابون شهرياً.
- ينبغي التخطيط لاستبدال المواد الموزعة عند الضرورة.
- ينبغي أن تحصل كل أسرة، في أسرع وقت ممكن، على الأدوات والمواد المناسبة التي تمكنها من الاضطلاع بنشاط يساعدها على تأمين عيشها.
- ينبغي توزيع أدوات ومعدات مناسبة ومألوفة للسكان المتضررين وذات مستوى تقني مشابه للمستوى الذي اعتاد عليه الناس قبل وقوع

الكارثة. كما ينبغي أن تكون هذه المواد مناسبة للظروف التي تستعمل فيها.

- ينبغي أن يكون السكان المتضررين على علم بما يحق لهم الحصول عليه في إطار برامج المعونة.

ملاحظات توجيهية

١- ***علاقة هذا المجال بمجال توفير الماء والإصحاح:*** أنظر أيضاً توفير الماء والإصحاح، معيار توفير الماء رقم ٣: مرافق المياه ولوازمها، للإطلاع على المؤشرات المتعلقة بحفظ الماء وبالصابون وبمقصورات الاستحمام؛ وأنظر معيار التخلص من النفايات الصلبة رقم ٢: حاويات وحفر التخلص من النفايات الصلبة، للإطلاع على الشروط الخاصة بحاويات النفايات.

٢- ***فُرص الاعتماد على الذات:*** ينبغي أن تتاح للنساء والرجال على السواء فرصة الاعتماد على نفسهم حالما تسمح الظروف بذلك، وذلك عن طريق تشجيعهم على إنتاج غذائهم أو تدريبهم أو مساعدتهم على الاضطلاع بأنشطة أخرى تسهم في حفظ صحتهم وراحتهم العامة. وينبغي التفكير في ذلك عند تخطيط المساحة التي تحتاج إليها كل أسرة.

٣- ***توفير وشراء المعدات:*** ينبغي أن يدفع الأشخاص سعر المعدات نقداً أو مقابل عمل أو أن يحصلوا على قرض لشرائها. وينبغي أن تحصل كل أسرة بنفسها على هذه المعدات وأن تشتريها محليا، حيثما أمكن. ولا بد أيضاً من ضمان استفادة ربات الأسر من النساء والفتيات والأمهات الوحيدات والأرامل من المواد والمخصصات وبرامج العمل مقابل النقود والتدريب. أما المعدات التي تدوم طويلا، فينبغي أن تكون بسيطة تقنياً لكي يسهل على الناس صيانتها بنفسهم أو محليا.

معيار اللوازم المنزلية رقم ٢: مراعاة البيئة

ينبغي توفير معدات وأفران اقتصادية للطهي وتشجيع الناس على استعمالها.

مؤشرات أساسية

- ينبغي تزويد الناس بأفران (مصنوعة محلياً إن أمكن) لا تستهلك الكثير من الحطب ولا تنتج الكثير من الدخان وبمواقد تستعمل الغاز أو الكيروسين، بالإضافة إلى أواني للطهي ذات أغطية مناسبة.
- ينبغي تشجيع الناس على استخدام المعدات الاقتصادية من حيث استهلاك الوقود والاستفادة منها عن طريق تنظيم برامج لتوعية المجتمع المحلي إذا لزم الأمر. كما ينبغي التخطيط لإنتاج هذه المعدات في أسرع وقت ممكن.
- ينبغي توعية الناس بفوائد استخدام مواقد اقتصادية لا تستهلك كميات كبيرة من الوقود.
- ينبغي استشارة النساء فيما يتعلق بمواقع وطرق جمع الحطب للطهي والتدفئة.

٥- انتقاء الموقع وتخطيطه

يتناول هذا القسم السيناريو الثالث التي سبق وصفه في بداية هذا الفصل، حيث تكون الوسيلة الوحيدة المتاحة لإيواء السكان النازحين هي تخطيط مستقر بشري مؤقت.

والمستقر البشري الجيد هو المستقر الذي يوفر موقعه وتخطيطه محيطاً صحياً يُهيئ للناس جواً من الكرامة والأمن ويمكنهم أن يواصلوا فيه حياتهم الأسرية بأنسب طريقة ممكنة. والغرض من الالتزام بالمعايير الدنيا، هو انتقاء وتخطيط موقع يهيئ للسكان المتضررين أفضل ظروف ممكنة للمعيشة أثناء حالة الطوارئ ويلحق أقل قدر ممكن من الأضرار بالبيئة.

وتتمحور معايير انتقاء الموقع وتخطيطه حول عملية حصر الاحتياجات وما يستتبعها من إجراءات لإقامة مستقرات بشرية يلبي نوعها وشكلها احتياجات السكان النازحين. ويعتمد اختيار الموقع على نوع المستقرات البشرية التي يراد إقامتها، وهي على أربعة أنواع: مراكز الاستقبال أو المرور؛ المخيمات التي ينصبها النازحون أنفسهم؛ المستقرات المؤقتة المخططة؛ وتمديدات المستقرات البشرية المؤقتة. وبعد انتقاء أنسب خيار، ينبغي استعمال المعلومات المستخلصة من حصر الاحتياجات لمعرفة ما إذا كان من الممكن تنفيذ هذا الخيار أم لا. فإذا تعذر تنفيذه، وجب عندئذ التفكير في اختيار أحد الحلول الأخرى المتاحة.

معيار الموقع رقم ١: انتقاء الموقع

ينبغي أن يكون الموقع مناسباً لاستقبال عدد الأشخاص الذين سيقيمون فيه.

مؤشرات أساسية

تُفّسر الملاحظات التوجيهية المؤشرات التالية بمزيد من التعمق.

- ينبغي تحديد العدد المناسب من السكان الذين سيقيمون في المستقر البشري المؤقت استنادا إلى تقييم للجوانب الاجتماعية والاقتصادية لكل من السكان النازحين والسكان المضيفين، بالإضافة إلى تقييم قدرة المنطقة والموقع على استيعاب هؤلاء السكان.
- ينبغي تحديد نوع المستقر اللازم: مراكز استقبال أو مرور؛ مخيمات ينصبها النازحون أنفسهم؛ مستقرات بشرية مؤقتة مخططة؛ تمديد لمستقرات مؤقتة.
- ويتوقف الشكل الذي يتخذه المستقر البشري على ما يلي:
  - المعلومات المستخلصة من حصر الاحتياجات.
  - التهديدات الفعلية أو المحتملة على أمن السكان المتضررين. ويعتبر هذا الجانب مهماً فيما يتعلق باللاجئين بصفة خاصة ويمثل أهمية حاسمة للنساء الوحيدات والأرامل والفتيات غير المصحوبات بذويهن.
  - أطول مدة مقدّرة لاستمرار وجود المستقر البشري.
  - أنسب كثافة سكانية في المستقر البشري.
  - مستوى اندماج السكان النازحين مع السكان المضيفين.
- ينبغي اختيار شكل المستقر البشري استنادا إلى القيود المادية التي يطرحها كل موقع محتمل لإقامته. وينبغي أن يلبي الموقع المتطلبات التالية بصرف النظر عن التغييرات الموسمية:
  - ينبغي أن يقع على مسافة آمنة من الأحداث الخارجية التي قد تهدد أمن السكان. ولا تقل هذه المسافة اعتياديا عن ٥٠ كلم.
  - يمكن للشاحنات الكبيرة أن تصل إليه بفضل طرق تصمد لكل الظروف الجوية. وينبغي التأكد من أن التضاريس ونوع التربة يتحمل هذا النشاط إذا ما لزم بناء طريق. كما ينبغي أن يسهل الوصول إلى المرافق المشتركة بالعربات الخفيفة.
  - ينبغي أن يكون على مقربة من المرافق الاجتماعية والاقتصادية القائمة حيثما أمكن.

- ينبغي أن تتوفر فيه كميات كافية من المياه الصالحة للشرب اللازمة للطهي والمحافظة على النظافة والصرف الصحي.
- ينبغي أن يكون الموقع على بعد ٣ أمتار على الأقل من المستوى المتوقع للمياه الجوفية أثناء موسم الأمطار.
- ينبغي تنظيم حق الحصول على الماء والحق في استعمال الموارد الطبيعية الأخرى كالحطب والحجارة والرمل قبل انتقاء الموقع أو أثناء اختياره.
- ينبغي تحديد حقوق استخدام الأرض بشكل واضح قبل شغل الموقع، كما ينبغي التفاوض بشأن استخدامه إذا لزم الأمر.
- ينبغي أن يكون نوع التربة مناسباً للحفر ولامتصاص الماء.
- ينبغي أن يكون في الموقع ما يكفي من حشائش وشجيرات وأشجار لتوفير الظل وتفادي أضرار عوامل التعرية.
- ينبغي أن تتوفر في الموقع كمية كافية من موارد الحطب ومواد البناء المتجددة.
- ينبغي أن تكون هناك مساحات كافية من الأراضي المناسبة لتلبية احتياجات المستقر البشري إلى الزراعة وتربية الماشية. كما ينبغي إدراك وقع مثل هذه الأنشطة على البيئة والتفاوض بشأن استخدام الأراضي.
- ينبغي ألا يكون الموقع معرضا للأمراض المتوطنة التي من شأنها أن تلحق الأذى بالسكان أو ماشيتهم، كما ينبغي ألا تتراكم فيه المياه الراكدة أو أن يكون عرضة للفيضانات. ومن المهم تفادي انتقاء أراضٍ معرضة لانجرافات التربة أو قريبة من بركان نشيط لإقامة المستقر البشري.

ملاحظات توجيهية

تقدم الملاحظات التالية الخطوات التي ينبغي اتباعها لتحديد الموقع المناسب ومواصفاته.

١- ***تحديد نوع المستقر البشري المطلوب:*** إن ما يُنتظر من حصر الاحتياجات هو توفير معلومات تساعد على اختيار نوع المستقر البشري اللازم (هذه الملاحظة) وشكله (الملاحظة ٢). وهناك أربعة أنواع أساسية من المستقرات البشرية المؤقتة:

أ) **مراكز الاستقبال أو المرور**: وهي مراكز يقيم فيها اللاجئون أو النازحون لفترات قصيرة. وتعتبر هذه المراكز مشابهة للمستقر البشري المخطط (النقطة ج أدناه) إذا كانت: (١) كبيرة ويزيد عدد سكانها على ٢٠٠٠ شخص؛ (٢) أو إذا كان من المتوقع أن تظل قائمة لفترة طويلة. ويتعين إدارة الموارد البيئية بعناية بالغة لضمان حصول كل من السكان النازحين والسكان المضيفين على كميات كافية من الماء والوقود ومواد البناء، بالإضافة إلى تفادي الآثار السلبية على الاقتصاد المحلي والبيئة المحلية. ولا يختلف تأثير المراكز المؤقتة على الظروف الاجتماعية والاقتصادية للسكان المحليين عن تأثير المستقرات المخططة إذا استقبلت مجموعات عديدة من السكان لفترات قصيرة ولكن على مدى فترة زمنية ممتدة.

ب) **المخيمات التي ينصبها السكان المتضررون أنفسهم**: هي المواقع التي اختارها الناس بشكل عفوي للإقامة فيها والتي قد يلزم نقل بعضهم منها واستفادتهم من بنية أساسية وموارد بيئية متجددة.

ج) **المستقرات البشرية المؤقتة المخططة**: وهي المستقرات التي يُشيّدها ويشغّلها أخصائيو التخطيط قبل وصول الناس إلى الموقع (كمراكز الاستقبال أو المرور).

د) **توسيع المستقرات الحالية**: قد يلزم توسيع المستقر البشري لاستقبال وافدين جدد من مراكز الاستقبال أو المرور مثلاً.

٢- ***اختيار شكل المستقر البشري:*** بعد تحديد نوع المستقر الذي يراد إقامته، ينبغي اختيار شكله. ولاتخاذ قرار بشأن شكل المستقر، لا بد من مراعاة المعلومات المستخلصة من تقييم الجوانب الاجتماعية والاقتصادية وأخذ العوامل التالية في الاعتبار:

أ) **أمن السكان النازحين**: سواء كان مصدر التهديد هو السكان النازحون أنفسهم أو السكان المضيفون أو جهات أخرى.

ب) **المدة القصوى لاستمرار المستقرات.**

ج) **التفاعل محلياً مع السكان والاقتصاد والبيئة.**

٣- ***تقييم الموقع من الناحية العملية:*** بعد اختيار نوع المستقر وشكله المفضلَين، ينبغي استعمال المعلومات المستخلصة من التقييم العملي للموقع لتحديد ما إذا كان في الإمكان تنفيذ الخيار المفضل أم لا ولمعرفة التنازلات التي ينبغي قبولها في حال تعذر تنفيذ الحل الذي تم اختياره. وقد يلزم في تلك المرحلة استشارة خبير. وينبغي أن يشمل تقييم الظروف المادية للموقع العناصر التالية:

أ) **سبل الوصول إلى الموقع**

- قربه من المراكز الأخرى وحالة شبكة الطرق المحلية.
- قربه من المرافق الأساسية المحلية ودراسة وقعه المحتمل عليها (سلباً وإيجاباً).
- قربه من مدارج الطائرات أو محطات السكك الحديدية أو الموانئ.
- صعوبات الوصول إلى الموقع حسب الموسم، وتوقف إمكانيات الوصول إليه على عوامل خارجية.

ب) **ظروف الموقع**

- ينبغي أن يتمتع الموقع بتضاريس ودرجة انحدار كافية لضمان صرف المياه بشكل مناسب، كما ينبغي أن تكون مساحته كافية لاستقبال العدد المتوقع من السكان المتضررين. ويتوقف الحد الأقصى المناسب لانحدار الموقع على ظروف التربة والغطاء النباتي وتدابير الصرف ومكافحة التعرية التي يلزم أخذها في الاعتبار لتفادي الفيضانات وانجرافات التربة. والواقع أن أفضل انحدار ممكن للموقع يتراوح بين ٢٪ و٤٪.

- ينبغي أخذ المخاطر الطبيعية في الاعتبار، كالزلازل أو النشاط البركاني أو انجرافات التربة أو الفيضانات.
- ينبغي مراعاة درجة امتصاص التربة للمياه. فمن شأن اختيار أرض صخرية ذات صدوع أن يؤدي إلى صرف مياه المراحيض في الطبيعة بشكل عشوائي، كما أن من الصعب بناء المراحيض على صخور بركانية. (أنظر توفير الماء والإصحاح، معيار التخلص من الفضلات في الفصل ١).
- الظروف المناخية المحلية

ج) **الماء (أنظر توفير الماء والإصحاح في الفصل ١)**

- ينبغي أن تكون هناك كميات كافية من الماء على مدار السنة لتلبية احتياجات السكان النازحين والمجتمع المضيف والزراعة والماشية، وينبغي أن يكون مصدر الماء قريباً نسبياً من الموقع الذي يقيم فيه الناس.
- ينبغي وضع الحيوانات بعيداً عن مواقع المياه.
- ينبغي البحث عن مصادر إضافية للمياه من أجل تأمين الحصول على كميات كافية منها.
- ينبغي معرفة ارتفاع مستوى المياه الجوفية ومدى تعرضها للتلوث نتيجة للصرف الصحي والفيضانات والتغييرات الموسمية.

د) **مساحة الموقع**

- ينبغي التأكد من أن مساحة الموقع تكفي لاستقبال عدد السكان الذين يراد إسكانهم فيه، وما إذا كان من المناسب توزيع السكان على عدد من المستقرات البشرية.
- ينبغي أن تكون هناك مساحة كافية لتوسيع المستقر/ المستقرات البشرية لاستيعاب الزيادة في عدد سكانها.
- ينبغي مراعاة الاستخدام الحالي للأراضي ووقع المستقر البشري عليها.

- ينبغي مراعاة مستوى ونوع الزراعة وتربية الماشية التي يمكن أن يتحملها الموقع.

هـ) البيئة

- ينبغي مراعاة درجات الحرارة والرياح والأمطار المتوقعة لما لها من تأثير في التخطيط والزراعة والماشية.
- ينبغي مراعاة المناطق الحساسة بيئيا القريبة من الموقع.
- ينبغي أن تكون كميات حطب الوقود والبناء كافية لتلبية احتياجات السكان النازحين والمضيفين على حد سواء.
- ينبغي مراعاة نوع الغطاء النباتي وكثافته من حيث تأثيره في الظروف المناخية المحلية وسرعة الرياح وعوامل تعرية التربة.
- ينبغي مراقبة الأمراض المتوطنة والحيوانات الضارة والأمراض المنتشرة. (أنظر خدمات الصحة، معيار مكافحة الأمراض المعدية في الفصل ٥؛ وتوفير الماء والإصحاح، معيار مكافحة نواقل الأمراض في الفصل ١).

ولا بد من الإشارة هنا إلى ضرورة الاسترشاد باحتياجات السكان المتضررين، أولاً وقبل كل شئ، عند اختيار الموقع وليس بالاعتبارات التقنية البحتة أو بالاعتبارات الخاصة بتنظيم آليات تقديم المعونة.

٤- ***اختيار الموقع من وجهة النظر الهندسية:*** للإطلاع على طريقة بديلة لانتقاء الموقع، أنظر «انتقاء الموقع» في دافيس ولامبرت (١٩٩٥).

٥- ***الحد من الآثار السلبية:*** عندما يقيم النازحون بالقرب من مجتمع مضيف أكبر حجما، فإن بوسعه أن يستفيد من المرافق الأساسية وفرص المعيشة المتاحة. وقد يتجاوز عدد السكان النازحين أحياناً عدد المجتمعات المضيفة مما يزيد من الضغط المفروض على المرافق الأساسية والاقتصاد والبيئة المحلية ويمكن أن يؤدي من ثم إلى إثارة العداوة بين مجموعتي السكان. وعليه فإن انتقاء الموقع وتخطيطه يمثلان خطوة حاسمة في تحديد فعالية برنامج المساعدة الإنسانية الأوسع نطاقاً وأمن النساء والرجال والأطفال المنكوبين.

٦- ***أنظر أيضاً:*** معيار التحليل رقم ١، الحصر

معيار الموقع رقم ٢: تخطيط الموقع

عند تخطيط الموقع، ينبغي ضمان تخصيص مساحة كافية للأسر وضمان أمن الأشخاص وراحتهم. كما ينبغي العمل على توفير خدمات كافية وفعالة وإمكانيات الوصول إلى مختلف مناطق الموقع.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يوفر الموقع لكل شخص مساحة تبلغ ٤٥ متراً مربعاً، وتشمل هذه المساحة المرافق الأساسية (كالطرق ومرافق الإصحاح والمدارس والمكاتب وشبكات المياه ومرافق الأمن والإطفاء والأسواق والمخازن والمأوي) ولكنها تستثني الأراضي المخصصة للزراعة وتربية الماشية.
- ينبغي إقامة مجمعات للسكن أو مجموعة من القرى السكنية.
- ينبغي الكشف عن الأراضي المهجورة التي يمكن تمديد المستقرات فيها في المستقبل.
- ينبغي توفير المرافق الاجتماعية كالأسواق وأماكن العبادة والمقابر ومرافق الصحة وأماكن التخلص من النفايات الصلبة ومواقع المياه والمراكز الاجتماعية ومراكز التغذية والورش والمناطق المشّجرة وأماكن الاستراحة.
- ينبغي توفير المرافق اللازمة للوكالات الإنسانية كالمكاتب الإدارية والمخازن والمساكن اللازمة للموظفين.
- ينبغي إقامة حواجز مناسبة ضد الحريق لا يقل ارتفاعها عن مترين بين المنازل، و٦ أمتار بين كتل المجموعات السكنية، و١٥ متراً بين تلك المجموعات.
- ينبغي توفير مقبرة لكل مجموعة من السكان، وينبغي أن يكون موقع المقابر مناسباً.
- ينبغي إقامة مخيمات عزل أو انتقاء مواقع معزولة عن مناطق الإقامة العامة وتحضيرها من أجل الحد من انتشار الأوبئة.

- ينبغي ألا يزيد معدل انحدار الموقع على ٧٪ إلا إذا اتخذت تدابير واسعة النطاق لصرف المياه ومكافحة عوامل التعرية.

ملاحظات توجيهية

١- *العوامل الاجتماعية:* عند تخطيط المستقرات البشرية، ينبغي مراعاة التنظيم الاجتماعي للسكان المتضررين ودور الجنسين في إطار هذا التنظيم، أي ينبغي للتخطيط أن يأخذ في الاعتبار الحاجة إلى أسواق وأماكن للالتقاء وأماكن للاستجمام وما إلى ذلك. إذ تُعد مثل هذه المرافق أساسية لدعم استقرار السكان النازحين. كما ينبغي دعم أشكال التمثيل الاجتماعي القائمة بالنظر إلى أهمية التشاور مع النازحين، ولا سيما النساء منهم، وإشراكهم في العمل الإنساني.

معيار الموقع رقم ٣: الأمن

عند انتقاء الموقع وتخطيطه، ينبغي ضمان حرية شخصية كافية وشعوراً كافيا بالأمان لدى السكان المتضررين.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يكون الموقع على بُعد كافٍ من التهديدات الخارجية المحتملة على الأمن الشخصي.
- ينبغي توفير مناطق آمنة للفئات المعرضة للخطر عند تخطيط الموقع.
- ينبغي تأمين وصول الجميع بسلامة إلى المرافق الاجتماعية والصحية ومرافق الإصحاح وغيرها من المرافق الأساسية، وينبغي أن تكون مضاءة في الليل عند اللزوم.
- ينبغي اختيار حل التجمعات السكنية عند تخطيط الموقع لتشجيع السكان النازحين على المحافظة على أمنهم بنفسهم.
- ينبغي ألا يرتفع العدد الإجمالي لسكان المستقر البشري إلى حد يصعب معه ضمان فعالية تدابير الأمن والحماية الداخلية والخارجية.

- ينبغي أن تضطلع سلطات البلد المضيف أو وكالة الأمم المتحدة المعنية أو كليهما بأنشطة حفظ الأمن والحماية الداخلية والخارجية.
- ينبغي للوكالة التي أُسندت إليها مسؤولية التنسيق الشاملة أن تقدم مساعدتها فيما يتعلق بالمحافظة على أمن الفئات المعرضة للخطر.
- ينبغي إقامة نظم للوقاية من العنف الجنسي ومواجهة آثاره.
- ينبغي إحاطة النساء والمراهقات علماً بوجود خدمات صحية من أجل ضحايا العنف الجنسي.
- ينبغي اتخاذ خطوات معقولة لضمان عدم تعرض الموظفين للخطر. وينبغي أن تتفق الوكالات فيما بينها على خطة للإجلاء في المناطق التي تفتقر إلى الأمن.

ملاحظات توجيهية

١- ***ضمان أمن الأشخاص المتضررين من الكارثة والموظفين الميدانيين:*** إن أخذ المخاطر الداخلية والخارجية في عين الاعتبار عند تخطيط الموقع يمثل أهمية بالغة للاجئين أو النازحين داخل بلدانهم الذين يشعرون بالتهديد. ومن شأن تحديد الاحتياجات الأمنية لفئات محددة من هؤلاء السكان، ولا سيما النساء، أن يساعد على تعزيز التدابير الأمنية التي تتخذها السلطات المحلية ووكالات الأمم المتحدة. ومن المهم تفادي إسكان النساء وفئات أخرى من السكان يمكن أن تتعرض للأذى، في مناطق معزولة يسهل فيها الاعتداء عليهن أو اغتصابهن

٢- ***التدابير الأمنية:*** على الوكالة المعنية بالتنسيق أن تضمن إضاءة المناطق الحساسة ليلاً وإسكان الأسر التي تترأسها النساء والفتيات والنساء الوحيدات في مناطق آمنة قريبة من المرافق ولكن بطريقة لا تؤدي إلى خلق معازل. ومن المهم أيضاً أن يجري التعاون مع السكان المتضررين نفسهم لوضع تدابير أمنية منها، على سبيل المثال، إقامة مناطق آمنة وتشكيل فرق للحراسة. ويمكن أن تشمل تدابير تفادي العنف الجنسي ما يلي: تخطيط الموقع بالتشاور مع السكان المتضررين، نساءً ورجالاً؛ تأمين وجود حارسات وموظفات في مجال الصحة ومترجمات؛ مناقشة قضايا العنف الجنسي في اجتماعات التنسيق.

معيار الموقع رقم ٤: مراعاة البيئة

ينبغي تخطيط الموقع وإدارته بطريقة تكفل إلحاق أقل قدر ممكن من الأضرار بالبيئة المحيطة به.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن تؤخذ كثافة النازحين وتشتتهم في عين الاعتبار عند تخطيط المستقرات البشرية المؤقتة حيث يجب مراعاة الآتي:
  - ينبغي جمع السكان في مكان واحد للحد من الضغط على البيئة إذا كانت حساسة.
  - إذا كانت البيئة في حالة مناسبة، ينبغي توزيع النازحين على عدد من المستقرات البشرية الصغيرة إذ يرجح أن تكون الأضرار التي قد تلحقها المستقرات الصغيرة بها أقل من أضرار المستقرات الكبيرة.
- ينبغي تفادي قطع الأشجار وغيرها من النباتات بقدر المستطاع عند تخطيط الموقع. وينبغي تخطيط الطرق وشبكات الصرف بطريقة تستخدم التضاريس الطبيعية للمنطقة من أجل تفادي تفاقم عوامل التعرية والفيضانات.

ملاحظات توجيهية

١- ***المساحة اللازمة:*** توصي المبادئ التوجيهية لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (التي لم تكن قد صدرت بعد عند كتابة هذه السطور) بتخصيص مساحة إجمالية تبلغ ٤٥ مترا مربعا لكل شخص، وتضم هذه المساحة مكانا لزراعة الخضروات. ولعل أنسب حل بالنسبة إلى النازحين هو أن يستعيدوا في بيئتهم الجديدة العيش بنفس الكثافة السكانية التي اعتادوا عليها في منطقتهم الأصلية أو بنفس كثافة السكان المضيفين أياً كان الحل الأنسب للوضع القائم. وعند تخطيط الموقع، ينبغي مراعاة تطور المخيم ونموه، إذ يمكن أن يتوسع المخيم بنسبة ٤,٥٪ سنوياً نتيجة لنمو السكان ولتوافد المزيد من الناس

إليه. كما ينبغي في الوقت نفسه التفكير في إعادة النازحين إلى موطنهم أو إعادة دمجهم في المجتمع.

٢- ***حواجز الحريق:*** ينبغي أن تولى العناية اللازمة لتفادي تحول حواجز الحريق إلى «أنفاق للرياح». وينبغي تدريب فرق مكافحة الحرائق وتجهيزها واختبارها بانتظام.

٣- ***المقابر:*** ينبغي أن تقع المقابر والقبور الجماعية على مسافة ٣٠ متراً على الأقل من مصادر المياه الجوفية المستخدمة للشرب فيما يتعلق بالأرض العادية وأن تزيد هذه المسافة على ٣٠ متراً إذا كانت الأرض صخرية. وينبغي أن يقع قاع القبور على مسافة متر ونصف المتر من مستوى المياه الجوفية. ويجب ألا تصل المياه السطحية المتجمعة في المقابر إلى المستقرات. كما ينبغي مراعاة تقاليد السكان المحليين والسكان النازحين.

٤- ***استهلاك الحطب:*** من المرجح أن يذهب الناس إلى المناطق المفتوحة لجمع الحطب ما لم توفر لهم مصادر بديلة للوقود، وذلك أياً كانت مساحة السكن والزراعة المخصصة لكل أسرة. وينبغي أن يتاح لكل ٥٠٠ شخص كيلومتراً مربعاً واحد من الغابات التي لم تستغل بعد لتغطية احتياجاتهم السنوية إلى الحطب. علماً بأن هذه الاحتياجات تتراوح بين ٦٠٠ و٩٠٠ كلغم للفرد حسب التقديرات. ولكن، إذا افترضنا أن نسبة مساحة الغابة غير المستغلة لا تتجاوز ٢٠ ٪، فلن يتاح إلا لمائة شخص أن يجمعوا حطبهم منها.

٦- مؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم

تتوقف كل جوانب المساعدة الإنسانية على مهارات ومعارف والتزام الموظفين والمتطوعين الذين يعملون في ظروف شديدة الصعوبة وغير آمنة أحيانا. ويمكن أن يُطلب من هؤلاء الأشخاص الكثير. وبالتالي، إذا أريد منهم أن ينفذوا عملهم بما يكفل بلوغ المعايير الدنيا للعمل الإنساني، فلا بد أن يتمتعوا بالخبرة والتدريب المناسبين وأن تكفل لهم وكالتهم المساعدة والدعم اللازمين

معيار المؤهلات رقم ١: الكفاءة

ينبغي أن يقوم بتنفيذ عمليات توفير المأوى والموقع موظفون ذوو مؤهلات وخبرات مناسبة للاضطلاع بالمهام المسندة إليهم كما ينبغي أن تقدم لهم مساعدة إدارية ودعم مناسبين.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يكون كافة الموظفين الذين يعملون في برنامج المأوى والموقع على علم بالغرض من الأنشطة التي يطلب منهم تنفيذها وأسلوب تنفيذها.
- ينبغي أن يضطلع موظفون ذوو مؤهلات تقنية مناسبة وخبرة سابقة في مجال الطوارئ بعمليات التقييم وتصميم البرامج واتخاذ القرارات التقنية المهمة.
- ينبغي أن يكون الموظفون والمتطوعون على وعي بقضايا التكافؤ بين الجنسين ضمن السكان المتضررين، وأن يكونوا على دراية بطريقة الإبلاغ بحوادث العنف الجنسي.

- ينبغي أن يحصل الموظفون ذوو المسؤوليات التقنية والإدارية على الدعم المناسب الذي يمّكنهم من اتخاذ القرارات المهمة على أساس سليم والتحقق من فائدتها.
- ينبغي أن يكون الموظفون المسؤولون عن تخطيط الموقع قد تلقوا تدريباً في هذا المجال وأن يجري الإشراف عليهم بانتظام
- ينبغي تقديم تعليمات مفصلة للموظفين والمتطوعين الذين يشاركون في جمع المعلومات والإشراف على عملهم بانتظام.
- ينبغي تدريب الموظفين والمتطوعين الذي يشاركون في أعمال البناء وغيرها من الأعمال والإشراف على عملهم وتجهيزهم بما يلزمهم لضمان انجازهم لعملهم بفعالية وسلامة.

معيار المؤهلات رقم ٢: المؤهلات المحلية

ينبغي أن تستعين برامج المأوى والموقع بالمؤهلات والمهارات المحلية وأن تعمل على تحسينها.

مؤشرات أساسية

- ينبغي إشراك النساء والرجال الذين ينتمون إلى مجموعة السكان المتضررين في تخطيط برامج المأوى والموقع وتنفيذها ورصدها وتقييمها.
- ينبغي أن يفهم الموظفون الدوليون أهمية تعزيز المؤهلات المحلية لكي يستفيد منها البلد في الأجل الطويل.
- ينبغي الاستفادة من مهارات الشركاء المحليين والمؤسسات المحلية والسكان المتضررين وتعزيزها أثناء تنفيذ برنامج المساعدة الإنسانية.

ملاحظات توجيهية

١- *أنظر:* ODI/people in Aid (1998), Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel.

(مدونة أفضل الممارسات في مجال إدارة شؤون الموظفين العاملين في مجال المعونة ودعمهم)

٢- ***التوظيف:*** ينبغي أن يكون للموظفين والمتطوعين مؤهلات تتناسب والمهام التي تسند إليهم. وينبغي أن يكونوا أيضاً على علم بأهم جوانب اتفاقيات حقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني والمبادئ التوجيهية بشأن النزوح الداخلي (أنظر الميثاق الإنساني).

ويعد التدريب والدعم في إطار التأهب لحالات الطوارئ عنصرا مهماً لضمان توفير موظفين مهرة قادرين على توفير خدمات عالية الجودة. وبالنظر إلى تعذر ضمان التأهب للطوارئ في بلدان عديدة، ينبغي للوكالات الإنسانية أن تضمن انتقاء موظفين مؤهلين وأكفاء وتدريبهم بشكل مناسب قبل إيفادهم المحتمل في بعثة طوارئ.

وينبغي للوكالات، عند إيفاد الموظفين والمتطوعين، أن تسعى إلى ضمان التوازن بين عدد النساء والرجال في فرق الطوارئ.

المرفق ١

مراجع مختارة

Chalinder, A (1998), Good Practice Review 6: *Temporary Human Settlement Planning for Displaced Populations in Emergencies*. Overseas Development Institute/Relief and Rehabilitation Network. London.

Davis, J and Lambert, R (1995), *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers*. RedR/IT Publications. London.

Jendritzky, G, Kalkstein, L S, and Maunder, W J (1996), *Climate and Human Health*. (WMO-No. 843). World Meteorological Organisation. Geneva.

LWF (1997), *Environmental Guidelines for Programme Implementation*. Lutheran World Federation and Department of World Service. Geneva.

MSF (1997), *Guide of Kits and Emergency Items. Decision-Maker Guide*. 4th English Edition. Médecins Sans Frontières. Belgium.

Overseas Development Institute/People In Aid (1998), *Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel*. ODI/People In Aid. London.

Telford, J (1997), Good Practice Review 5: *Counting and Identification of Beneficiary Populations: Registration and its Alternatives*. Overseas Development Institute/Relief and Rehabilitation Network. London.

UNDP (1995), *Emergency Relief Items, Compendium of Generic Specifications*. Vol 1, Telecommunications, Shelter and Housing, Water Supply, Food, Sanitation and Hygiene, Materials Handling, Power Supply. Inter-Agency Procurement Services Office, UNDP. Copenhagen.

UNHCR (1997), *Environmental Guidelines. Domestic Energy Needs in Refugee Situations*. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1993), *First International Workshop on Improved Shelter Response and Environment for Refugees*. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1991), *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1982), *Handbook for Emergencies. Part One: Field Operations*. UNHCR. Geneva.

UNHCR, *Handbook for Social Services*. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1996), *Partnership: A Programme Management Handbook for UNHCR's Partners*. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1994), *People-Oriented Planning at Work: Using POP to Improve UNHCR Programming*. UNHCR. Geneva.

UNHCR, *Planning Rural Settlements for Refugees*. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1998), Refugee Operations and Environmental Management: Key Principles of Decision-Making. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1995), Sexual Violence Against Refugees. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1994), Shelter and Infrastructure - Camp Planning. Programme and Technical Support Section, UNHCR. Geneva.

USAID (1994), Field Operations Guide for Disaster Assessment and Response. Office of Foreign Disaster Assistance, USAID.

WCRWC/UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement*. Women's Commission for Refugee Women and Children. New York.





المعايير الدنيا لخدمات الصحة







المعايير الدنيا لخدمات الصحة

المحتويـــات

للإطلاع على قائمة المصطلحات العامة وأسماء الهيئات والمنظمات التي ورد ذكرها في هذا الكتاب، أنظر الملحق ١ والملحق ٢ في نهاية الكتاب.

المعايير الدنيا لخدمات الصحة

مقدمة

المعايير الدنيا لخدمات الصحة هي التعبير العملي للمبادئ والحقوق التي يجسدها الميثاق الإنساني. علماً بأن هدف الميثاق هو تلبية الاحتياجات الأساسية بما يكفل بقاء الأشخاص المتضررين من الكوارث أو النزاعات على قيد الحياة، وصون كرامتهم وفقاً للقوانين الدولية لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني وقانون اللاجئين، التي تستند إليها الوكالات لتقديم خدماتها. وتتعهد هذه الوكالات بأن تلتزم في عملها، بمبادئ الإنسانية وعدم التحيز وبالمبادئ الأخرى المحددة في قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية للإغاثة في حالات الكوارث. ويؤكد الميثاق الإنساني مجدداً أهمية ثلاثة مبادئ أساسية هي:

- **الحق في حياة كريمة.**
- **التمييز بين المقاتلين وغير المقاتلين**
- **مبدأ عدم طرد اللاجئين**

وتنقسم المعايير الدنيا إلى مجموعتين عامتين هما: المعايير المتعلقة بحقوق الأشخاص مباشرة، وتلك الخاصة بالإجراءات التي تتخذها الوكالات لضمان تمتع الأشخاص بهذه الحقوق. وتجمع بعض المعايير الدنيا بين هاتين المجموعتين.

١- أهمية خدمات الصحة في حالات الطوارئ

لا يُخفى أن حالات الطوارئ كثيراً ما تستتبع خسائر كبيرة في الأرواح، نتيجة لزيادة الأمراض والإصابات. فكثيراً ما تؤدي الكوارث الطبيعية (كالزلازل والفيضانات وانفجار البراكين وما إلى ذلك) بالإضافة إلى

الحروب والنزاعات، إلى ارتفاع نسبة الوفيات والأمراض[1]. ومن جملة الأمراض التي تسهم في زيادة نسبة الوفيات هناك على سبيل المثال: الحصبة والإسهال (بما في ذلك الزحار والكوليرا)؛ الالتهابات الرئوية الحادة؛ سوء التغذية؛ والملاريا (حيثما كانت منتشرة). ويرجع سبب زيادة انتشار الأمراض إلى عوامل خارجية يتعرض لها السكان وهي بالتحديد: اكتظاظ السكان؛ الافتقار إلى كميات كافية أو ملائمة من الماء؛ الصرف الصحي السيئ؛ الافتقار إلى المآوي المناسبة والإمدادات الغذائية اللازمة.

والغرض الرئيس من توفير خدمات الصحة للسكان المتضررين من كارثة معينة هو تفادي الارتفاع المفرط في نسبة الوفيات والأمراض. ولتحقيق ذلك لا بد من تحديد الأولويات على وجه السرعة عن طريق حصر الاحتياجات، ثم رصد الوضع وتعقّبه المستمرين. وينبغي أن تستجيب المساعدات للأولويات التي تم تحديدها في الحصر الأولي للاحتياجات، كما ينبغي أن تكون نافعة من الناحية التقنية. وعلى الوكالات الإنسانية المشتركة في عملية الإغاثة أن تتعاون لتنسيق أنشطة التخطيط والتنفيذ والرصد.

وينبغي، في حالات الطوارئ، إعطاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية وللمساعدات التي تشمل عدة مجالات (الماء والإصحاح، التغذية، الغذاء، المأوى). ومن المهم أن يشارك في برامج الرعاية الصحية الأولية، سلطات الصحة المحلية وكل من هو مؤهل ضمن السكان المتضررين، بمن فيهم العاملين في المجتمع المحلي والممرضين المنزليين.

تمثل النساء والأطفال، في معظم حالات الطوارئ، أهم فئات السكان المتلقية لخدمات الرعاية الصحية. ولذا، فإن من المهم التماس آراء النساء لضمان تقديم خدمات عادلة ومناسبة، يمكن لجميع السكان المتضررين الاستفادة منها. كما يمكن للنساء أن يساهمن في فهم العوامل والتقاليد الاجتماعية التي تؤثر في الصحة وكذلك في فهم الاحتياجات الخاصة للسكان الضعفاء ضمن السكان المنكوبين. وعليه، فإن من المهم أن يُشاركن في تخطيط خدمات الرعاية الصحية وتقديمها حيثما أمكن.

٢- ترتيب هذا الفصل

ينقسم هذا الفصل إلى خمسة أقسام (تحليل الوضع، مكافحة الحصبة، وما إلى ذلك)، يضم كل قسم منها ما يلي:

- **المعايير الدنيا**: هي الحد الأدنى من الخدمات التي يراد تقديمها في كل مجال من مجالات العمل الإنساني.
- **المؤشرات الأساسية**: هي «علامات» يسترشد بها لمعرفة مدى تحقيق المعيار المطلوب. وتوّفر المؤشرات طريقة لقياس أثر برنامج معين أو نتيجته، ولقياس الإجراءات أو الأساليب المتبعة لتنفيذه وإحاطة المعنيين علماً بذلك. ويمكن أن تكون هذه المؤشرات كمية أو نوعية.
- **الملاحظات التوجيهية**: هي اعتبارات محددة ينبغي أن تؤخذ في الحسبان عند تطبيق المعايير في مختلف الظروف ويُسترشد بها لتجاوز الصعوبات العملية ومعالجة الأمور ذات الأولوية. ويمكن أن تتضمن هذه الملاحظات التوجيهية قضايا حساسة تتعلق بالمعايير أو المؤشرات، كما يمكن أن تصف مشاكل مستعصية أو المشاكل التي يدور حولها جدال أو الثغرات في المعارف الحالية. ومن شأن معالجة هذه الثغرات أن يسهم في تحسين المعايير الدنيا للمعونة الغذائية في المستقبل.

وترد في المرافق معلومات إضافية ذات صلة بهذا الموضوع، بما في ذلك قائمة بمراجع مختارة.

ويتّبع ترتيب هذا الفصل نفس الترتيب المتُبّع عادة في توزيع الأنشطة والمسؤوليات في حالات الطوارئ. وما من شك في أن الأعمال التي تنُفّذ في كل مجال من مجالات العمل الإنساني تسهم في نهاية المطاف في تحقيق الهدف النهائي لتلبية الاحتياجات الصحية ذات الأولوية.

وهناك تداخل وثيق بين مختلف الأقسام التي يتناولها هذا الفصل. فيحدد الحصر الأولي للاحتياجات الصحية، الأولويات في هذا المجال ويوفر المعلومات اللازمة للشروع في تقديم الخدمات ذات الأولوية. وتعطي البيانات المستقاة من نظام المعلومات الخاصة بالصحة فكرة عن الأمراض والوفيات يمكن بفضلها الكشف عن المشكلات الصحية الجديدة أو تخصيص الموارد لمجالات العمل الأخرى. ويُستعمل الحصر الأولي ونظام المعلومات الخاصة بالصحة أيضاً للكشف عن مشكلات مثل سوء التغذية والأمراض المعدية أو الإصابات التي يجري مواجهتها بتطبيق المعايير المشار إليها في القسمين اللذين يتناولان مكافحة الأمراض المعدية وخدمات الرعاية الصحية على التوالي. أما القسم ٥ المتعلق بمؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم،

فينطبق على كل مجالات العمل ويتناول المسائل المتعلقة بالمؤهلات البشرية اللازمة لتنفيذ برامج فعالة في مجال الصحة.

وتجدر الإشارة إلى أن التقدم الذي يُحرز في تطبيق المعايير في مجال محدد من مجالات العمل الإنساني يؤثر في مدى تقدم تطبيقها في المجالات الأخرى. فإن وجود نظام جيد للمعلومات الخاصة بالصحة مثلاً، يسهم في الكشف عن المشكلات وبالتالي إلى اتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية المناسبة.

وقد أشرنا في هذا الفصل إلى المعايير التقنية المطبقة في مجالات العمل الإنساني الأخرى كلما لزم الأمر، وذلك لبيان الصلة الوثيقة بين تقدم العمل في أي من هذه المجالات بتقدمه في المجالات الأخرى. فإن توفير الماء الصالح للشرب، على سبيل المثال، من شأنه أن يقلل من تفشي الإسهال. كما أن توفير كميات كافية من الغذاء الملائم من شأنه أن يقلل من المشكلات الغذائية.

ملاحظة:

[1] تعتبر نسبة الوفيات مفرطة عندما يتجاوز معدل الوفيات الخام مستوى الوفيات السائد بين السكان الذين يعيشون في المناطق المحيطة بمنطقة الكارثة. وعُرّفت نسبة الوفيات المفرطة في البلدان النامية بأنها الحالة التي يزيد فيها معدل الوفيات الخام على وفاة واحدة لكل ١٠ ٠٠٠ شخص في اليوم. وقد تم تحديد هذه العتبة استنادا إلى معدل الوفيات الخام المسجل في معظم البلدان النامية، ويبلغ ٢٥ وفاة لكل ١٠٠٠ شخص تقريبا، أي ما يمثل معدلا يومياً يبلغ ٠,٦ لكل ١٠ ٠٠٠ شخص. وقد يختلف معدل الوفيات الخام السائد في البلدان المتقدمة عن المعدل السائد في البلدان النامية، ولا بد من مراعاة ذلك أثناء الحصر الأولي للاحتياجات. وقد لا يكون من المفيد أو من الملائم حساب معدل الوفيات الخام في سياق كارثة مفاجئة، إلا إذا تمخضت عن نزوح أعداد كبيرة من السكان لمدة غيرة محددة.

١- تحليل الوضع

ينبغي أن تقوم برامج تلبية احتياجات السكان المتضررين من الكوارث على فهم واضح للوضع السائد، بما فيه العوامل السياسية والأمنية والتطورات المتوقعة. وينبغي أن يطمئن السكان المتضررين من الكارثة والوكالات الإنسانية نفسها والمتبرعين والسلطات المحلية إلى فائدة عمليات المساعدة وفعاليتها. وبالتالي فإن من المهم تحليل وقع الكارثة وتأثير خدمات الصحة المقترحة. فإن لم تُحدد المشكلة وتُفهم بشكل صحيح أولا، فسيكون من الصعب، بل ومن المستحيل تقديم خدمات الصحة المناسبة.

تحمل أساليب التحليل الموحدة المطبقة في كل مجالات العمل الإنساني إمكانيات ملموسة لتحديد الاحتياجات الإنسانية وضمان تخصيص الموارد المناسبة لتلبيتها على وجه السرعة. ويعرض هذا القسم معايير ومؤشرات متفق عليها لجمع المعلومات وتحليلها من أجل تحديد الاحتياجات وإعداد البرامج ورصد فعاليتها وتقييمها وضمان مشاركة السكان المتضررين في تنفيذها.

يبدأ التحليل بإجراء حصر أولي مباشر، الغرض منه تحديد وقع الكارثة وما إذا كان ينبغي الاستجابة لها أم لا، وتحديد طريقة هذه الاستجابة إذا كانت ضرورية. ويلي الحصر الأولي، الرصد الذي يستعين بنظام المعلومات الخاصة بالصحة. ويبين الرصد مدى تلبية البرامج لاحتياجات الأشخاص المتضررين وما إذا كان يلزم إدخال تعديلات عليها أم لا. كما يوفر نظام المعلومات الخاصة بالصحة بيانات يمكن استعمالها لتقييم فعالية البرنامج إجمالاً واستخلاص الدروس المناسبة للمستقبل.

ويُعد تبادل المعلومات والمعارف بين جميع المشاركين في أعمال الإغاثة أمراً أساسياً للتوصل إلى فهم كامل للمشكلة ولتنسيق المساعدات. كما أن جمع الوثائق ونشر المعلومات المستخلصة من عملية التحليل يسهمان في فهم الآثار الضارة للكوارث على الصحة العامة وغيرها من الآثار فهما أشمل.

وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يساعد جمع المعلومات في تحسين استراتيجيات الوقاية من الكوارث والتخفيف من حدتها.

معيار التحليل رقم ١: الحصر الأولي

ينبغي أن يحدد الحصر الأولي آثار الكوارث على الصحة بأكبر قدر ممكن من الدقة، كما ينبغي أن يحدد الاحتياجات الصحية وأولويات تخطيط برنامج الصحة.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يضطلع موظفون ذوو خبرة مناسبة ـــ من جملتهم أخصائي واحد على الأقل في علم الوبائيات إن أمكن ـــ بإجراء الحصر الأولي على الفور، وفقاً لإجراءات دولية متفق عليها. وينبغي الشروع في جمع المعلومات قبل حصر الاحتياجات في الميدان، وذلك باستخدام الخرائط والمعلومات الأساسية المتوفرة عن البلد.
- ينبغي إجراء الحصر الأولي بالتعاون مع فريق يضم ممثلين من مختلف مجالات العمل الإنساني (الماء والإصحاح، التغذية، الغذاء، المأوى، الصحة) وبالتعاون مع السلطات المحلية والسكان المتضررين، رجالاً ونساءً، والوكالات الإنسانية التي تنوي تقديم مساعدتها.
- ينبغي جمع المعلومات وعرضها بطريقة تضمن الشفافية والاتساق في اتخاذ القرارات. ويقدم المرفق ٢ نموذج استبيان لإجراء الحصر الأولي للاحتياجات الصحية. وينبغي أن تضم المعلومات التي يجري جمعها الآتي:
  - النطاق الجغرافي للكارثة.
  - التركيبة السكانية للمنطقة المتضررة من الكارثة، وتشمل:

  مجموع السكان المتضررين من الكارثة (يجري تقدير عددهم إذا تعذر إجراء تعداد للسكان أو إذا لم تكن هناك إحصائيات بهذا الخصوص).

بيانات خاصة بمجموعتين من الأعمار على الأقل، تكون مصنّفة حسب جنس السكان المتضررين وعمرهم: مجموعة يقل عمرها عن خمس سنوات، ومجموعة يتراوح سنها بين خمس سنوات وأكثر. وإذا كان في الإمكان جمع المزيد من المعلومات بشأن فئات الأعمار المختلفة، فيمكن عندئذ استعمال التصنيف التالي: أقل من سنة، ١ ــ ٤سنوات، ٥ ــ ١٤سنة، ١٥ ــ ٤٤ سنة، ٤٥ سنة فما فوق.

متوسط حجم الأسرة، بما في ذلك تقدير حجم الأسر التي تترأسها النساء أو التي يترأسها الأطفال، وعدد النساء الحوامل والمرضعات.

- معلومات عن الأمراض المعدية والإصابات والوفيات.
- وجود بعض المخاطر المستمرة.
- الحالة الغذائية للسكان المتضررين.
- معدل الوفيات الخام لمجمل السكان، ويحسب كالآتي: عدد الوفيات في اليوم لكل ١٠ ٠٠٠ شخص.
- معدل الوفيات بين الأطفال دون سن خمس سنوات، ويحسب كالآتي: عدد الوفيات/ ١٠ ٠٠٠/ السكان/ يوميا.
- معدل انتشار أهم المشكلات والأمراض حسب العمر والجنس.
- الظروف البيئية (الحصول على الماء الصالح للشرب، مستوى الصرف الصحي القائم، مدى توفر المأوى وملاءمته، نواقل الأمراض وغير ذلك).
- مدى توفر الأغذية.
- حالة المرافق الصحية الأساسية ونوعيتها (الخدمات والموظفون) والإمدادات الطبية.
- حالة شبكات النقل.
- مستوى شبكات الاتصال.

- تقدير المساعدات الخارجية اللازمة استنادا إلى معلومات الحصر الأولي للاحتياجات.

- ينبغي حساب معدل الوفيات الخام لمجمل السكان ومعدل الوفيات بين الأطفال دون سن خمس سنوات بشكل منتظم (يومياً في المراحل الأولى من حالة الطوارئ، وعلى فترات أكثر تباعداً بعد هذه المرحلة) وذلك للكشف عن أي تغييرات مفاجئة في الوضع.
- ينبغي أن يتضمن التقييم تحليلاً للعوامل التي تؤثر في السلامة الشخصية للسكان المتضررين وأمنهم في حالات انعدام الأمن.
- ينبغي أن يعمل فريق الحصر الأولي، في برامجه وتوصياته، على تفادي الارتفاع المفرط في نسبة الوفيات والأمراض بالإضافة إلى استشراف مشاكل الصحة العامة المقبلة الناتجة عن استمرار حالة الطوارئ. وينبغي لفريق الحصر أن يقدم توصيات بشأن الحاجة إلى التماس معونة خارجية أم لا لتكميل الموارد المحلية. فإذا لزم التماس المعونة الخارجية، وجب على الفريق أن يقدم توصياته بشأن أولويات الاحتياجات البشرية والمادية والاستراتيجية اللازمة لتلبيتها. كما ينبغي أن تؤخذ العوامل التالية في عين الاعتبار:

  - الهيكل الاجتماعي والسياسي للسكان بما في ذلك التوافد المحتمل للاجئين.
  - الاهتمام بالمجموعات المعرضة للخطر بصفة خاصة.
  - الوصول إلى السكان المتضررين.
  - انعدام الأمن والعنف.
  - شبكات التوزيع.
  - الآثار المحتملة لعمليات المعونة المقترحة في الأجل الطويل ووقعها على البيئة.

- ينبغي مراعاة التهديدات الأمنية الخاصة التي تواجهها المجموعات المعرضة للخطر، ولا سيما النساء والفتيات، عند تنظيم عمليات المساعدة في ميدان الصحة.

- ينبغي إعداد تقرير عن التقييم يغطي أهم مجالات العمل ويقدم توصيات مناسبة، يُعرَض فورا على السلطات الوطنية والمحلية وممثلي السكان المتضررين والوكالات المشتركة في العملية.

ملاحظات توجيهية

١- *إجراءات الحصر الأولي المتفق عليها دوليا:* أنظر منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩).

٢- *مؤشرات الحالة الصحية العامة:* يعتبر معدل الوفيات الخام لمجمل السكان ومعدل الوفيات بين الأطفال دون سن خمس سنوات مؤشرين مهمين لحالة السكان المتضررين إجمالاً.

٣- *معدل الوفيات الخام:* فيما يلي الأسلوب المتبع لحساب معدل الوفيات الخام على مدى فترة زمنية قصيرة (أقل من شهر واحد).

أ) مجموع الوفيات خلال عدد محدود من الأيام.

ب) يُقسم المجموع على عدد الأيام التي جمعت خلالها البيانات. والنتيجة هي متوسط عدد الوفيات في اليوم.

ج) يُقسم هذا الرقم على عدد السكان المتضررين.

د) يُضرب في ١٠ ٠٠٠ للحصول على معدل الوفيات اليومي الخام.

٤- *التوقيت:* يُعد التوقيت أساس الحصر الأولي الذي ينبغي إجراؤه في أسرع وقت ممكن بعد وقوع الكارثة. وينبغي في الوقت نفسه تلبية الاحتياجات الأساسية على الفور، عند الضرورة. وكقاعدة عامة، يستحسن إعداد تقرير الحصر خلال الأسبوع التالي للوصول إلى موقع الكارثة، وإن كان ذلك يعتمد على نوع الحدث والوضع العام.

٥- *المسؤولون عن إجراء الحصر:* ينبغي الاستعانة بأشخاص قادرين على جمع المعلومات من السكان المتضررين بكل فئاتهم بطريقة مقبولة اجتماعيا. كما ينبغي أن تولى أهمية خاصة لجنس هؤلاء الأشخاص ومعارفهم اللغوية. ويستحسن تحقيق توازن بين عدد الرجال والنساء المشاركين في أعمال الحصر.

٦- ***إجراءات حصر الاحتياجات:*** ينبغي أن يتفق المشاركون كافة على إجراءات الحصر قبل الشروع في عملهم الميداني، وينبغي أن تُسند مهام الحصر المحددة إلى كل منهم بناء على ذلك.

٧- ***جمع المعلومات:*** هناك أساليب عديدة لجمع المعلومات، ينبغي إيلاء عناية خاصة لاختيار أنسبها للحالة المعنية ولنوع المعلومات التي يراد جمعها. وينبغي، كقاعدة عامة، زيادة تواتر عمليات جمع المعلومات عندما تطرأ تغييرات سريعة في الوضع أو تطورات حاسمة، منها على سبيل المثال تنقلات جديدة للسكان أو تفشي مرض الإسهال مثلاً. وإذا كان الحصر الأولي سريعاً وجزئياً أحيانا، فإن التحليل عادة ما يتحسن مع مرور الوقت ومع توفر المزيد من البيانات في نظام المعلومات الخاصة بالصحة. ويمكن الحصول على مزيد من المعلومات بشأن النساء الحوامل والمرضعات والأشخاص المصابين بعجز والمسنين والقاصرين غير المصحوبين بذويهم وغيرهم من الأشخاص المعرضين للخطر، حال استقرار حالة الطوارئ في أغلب الأحيان. وينبغي، مع ذلك، بذل الجهود اللازمة لجمع المعلومات الخاصة باحتياجات صحة الإنجاب اعتبارا من بدء عملية مواجهة الطوارئ.

٨- ***مصادر المعلومات:*** يمكن جمع المعلومات اللازمة لإعداد تقرير التقييم من المؤلفات الأخرى المتاحة ككتب التاريخ ذات الصلة بالموضوع والبيانات التي كانت متاحة قبل حالة الطوارئ. ويمكن استقاء المعلومات أيضاً عن طريق الحوار مع الأشخاص المعنيين المطلعين، بمن فيهم المتبرعين وموظفي الوكالة الإنسانية المعنية وموظفي الدولة والأخصائيين المحليين وقادة المجتمع المحلي من الرجال والنساء وكبار السن والموظفين الصحيين المشاركين في العملية والمعلمين والتجار وغيرهم. ويمكن الحصول على المعلومات من مصادر أخرى أيضاً كشبكات الإنذار المبكر وأعمال تقييم الضعف والخطط الوطنية أو الإقليمية للتأهب للكوارث.

وينبغي شرح الأساليب المتبعة في جمع المعلومات وحدود التعويل عليها بوضوح. كما ينبغي الامتناع عن تقديم المعلومات بطريقة تعكس صورة مشوهة عن الوضع الحقيقي.

٩- ***اعتبارات أساسية:*** ينبغي أن يراعي التقييم حقوق السكان المتضررين من الكوارث المنصوص عليها في القانون الدولي. وينبغي أن يعكس الحصر الأولي والتحليل اللاحق إدراكا للقضايا الهيكلية والسياسية والأمنية والاقتصادية والسكانية والبيئية للمنطقة. ولا بد من مراعاة خبرة السكان المتضررين من الكوارث وآرائهم عند تحليل آليات حالة الطوارئ الجديدة ووقعها. ويستلزم ذلك الاستعانة بالخبرات والمعارف المحلية عند جمع البيانات وتحليل الموارد والقدرات وأوجه الضعف والاحتياجات. ويجب أيضاً مراعاة ظروف المعيشة الحالية للنازحين وغير النازحين في المنطقة وظروف معيشتهم قبل حالة الطوارئ.

١٠- ***الفئات المعرضة للخطر:*** يجب مراعاة احتياجات الفئات المعرضة لأخطار إضافية، كالنساء والفتيات والقاصرين غير المصحوبين بذويهم والأطفال والمسنين والمصابين بعجز. والمهم أن تُراعى التهديدات الفعلية والمحتملة التي يمكن أن تتعرض لها النساء والفتيات اللاتي يعشن قريبا من الرجال، ولا سيما عندما تكون كل نظم المساعدة الاجتماعية للأرامل والنساء والوحيدات والفتيات غير المصحوبات بذويهن قد انهارت. كما ينبغي الكشف عن الأدوار التي يسندها النظام الاجتماعي للرجال والنساء.

١١- ***ميادين العمل:*** تنطوي كل حالة من حالات الطوارئ على احتياجات ومشكلات صحية معينة، ولكن هناك عدد من الخدمات العامة التي يلزم توفيرها في كل حالات الطوارئ وهي: مراقبة الأمراض والإصابات؛ مكافحة الأمراض المعدية؛ التطعيم ضد الحصبة؛ الغذاء والتغذية؛ الماء؛ الصرف الصحي؛ المأوى. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن يُحدد التقييم الأولي مدى الحاجة إلى الخدمات التالية: الوقاية؛ الرعاية الصحية العلاجية؛ نُظم الإحالة؛ صحة الإنجاب؛ صحة الأم والطفل؛ خدمات المجتمع المحلي؛ التوعية الصحية؛ الإمدادات الطبية؛ الموارد البشرية والتنظيمية، وكلها عناصر ضرورية لتنظيم المعونة الصحية وتوفيرها بشكل منسجم.

معيار التحليل رقم ٢: نظام المعلومات الخاصة بالصحة ـ جمع البيانات

ينبغي أن يتيح نظام المعلومات الخاصة بالصحة إمكانية جمع بيانات مناسبة عن السكان والأمراض والإصابات والظروف البيئية وخدمات الصحة في صيغة موحدة وبشكل منتظم بغية الكشف عن أهم المشاكل الصحية.

مؤشرات أساسية

- ينبغي الشروع في مراقبة الأمراض عند بدء الحصر الأولي نفسه. ولعل أفضل طريقة للقيام بذلك هو باستخدام النظام المحلي للمعلومات الخاصة بالصحة حيثما أمكن. وقد يلزم في بعض حالات الطوارئ، وضع نظام جديد للمعلومات الخاصة بالصحة أو وضع نظام موازي للنظام القائم. وترجع مسؤولية البت في هذا الأمر إلى فريق الحصر الأولي.
- إذا تعذر على سلطات الصحة المحلية أن تضطلع بتنسيق عمل مختلف الشركاء، ينبغي إسناد مسؤولية إدارة نظام مراقبة الأمراض والإشراف عليه إلى وكالة محددة.
- ينبغي أن يركز نظام المعلومات الخاصة بالصحة، في المراحل الأولى من حالة الطوارئ، على التركيبة السكانية والوفيات وأسبابها والأمراض وأنشطة البرنامج ذات الأولوية (توفير الماء والإصحاح، الغذاء، التغذية، المأوى) وكلها عناصر يجري تحديدها أثناء الحصر الأولي للاحتياجات.
- ينبغي جمع البيانات المتعلقة بالوفيات من مرافق الصحة وبعض أفراد المجتمع المحلي، كعمال المقابر وموزعو الأكفان وغيرهم من الأشخاص، وذلك لتقدير معدل الوفيات الخام لمجمل السكان ومعدل الوفيات بين الأطفال دون سن خمس سنوات. كما ينبغي جمع معلومات بشأن الأسباب المحددة للوفيات.
- ينبغي جمع المعلومات المتعلقة بالأمراض والإصابات والظروف الصحية من المصادر التالية: مرافق الصحة التي تقدم خدماتها للمرضى الخارجيين؛ مراكز التغذية؛ برامج التغذية؛ العاملون في مجال الصحة.

والغرض من هذه المعلومات هو تحديد درجة انتشار أهم الإصابات أو الأمراض، ومعدل الإصابات حسب السن والجنس، والكشف عن التغييرات في الحالة الصحية أو عن ظهور مشكلات صحية جديدة.

- ينبغي لكل مركز من مراكز الرعاية الصحية التي تقدم خدماتها للمرضى الخارجيين ملء استمارات موحدة لتسجيل الوفيات والأمراض حسب السن والجنس وأسباب الوفاة.
- ينبغي، في معظم حالات الطوارئ، جمع معلومات بشأن خدمات الصحة من الوكالات الإنسانية المشاركة في أعمال الإغاثة ومراكز الرعاية الصحية المحلية والعاملين في صحة المجتمع. ولما كان نوع المعلومات المطلوبة يختلف باختلاف حالة الطوارئ، فإن على فريق التقييم الأولي أن يحدد المجالات ذات الأولية التي يلزم جمع معلومات بشأنها، ومنها على سبيل المثال: عدد السكان المستفيدين من برامج التغذية، وعدد الأشخاص المطّعمين ضد الحصبة، والعنف الجنسي وما إلى ذلك.
- ينبغي للسلطة الصحية المحلية أو الوكالة التي أسندت إليها مسؤولية تنسيق نظام المعلومات الخاصة بالصحة، أن تلّخص بانتظام المعلومات التي تتلقاها من مرافق الصحة والمجتمع المحلي وأن تُطلع الجهات المعنية الأخرى عليها. وينبغي أن تستخدم استمارات موحدة وأساليب موحدة لجمع البيانات وتسجيلها وتحليلها.
- ينبغي استخدام التعاريف الموحدة للأمراض والاستمارات الموحدة لرفع التقارير فيما يتعلق بكل مرض يراد تتبع تطوره. وينبغي أن تكون هذه التعاريف بسيطة وواضحة ومكيفة مع وسائل التشخيص المتاحة.
- ينبغي تدريب الأشخاص الذين يعملون في مراكز إعداد التقارير على استخدام الاستمارات الموحدة لرفع التقارير والتعاريف الموحدة للأمراض. وينبغي تحديد تواتر رفع التقارير وتكييفه مع نوع حالة الطوارئ المعنية ومرحلتها.
- ينبغي أن تكون هناك شبكات للاتصالات والنقل والإمداد تسمح بإرسال تقارير تعّقب الحالة واستلامها وتبادل وجهات النظر بشأنها. فإن لم تكن مثل هذه الشبكات موجودة، وجب إقامتها.

- ينبغي تقييم نظام المعلومات الخاصة بالصحة بشكل منتظم للتأكد من دقته وشموله وبساطته ومرونته ومن تضمنه لأحدث المعلومات المتاحة.

ملاحظات توجيهية

١- ***الغرض من نظام المعلومات الخاصة بالصحة هو:***

أ) الكشف عن المشكلات الصحية والأوبئة دون تأخير ومواجهتها على وجه السرعة.

ب) تتبع تطورات الحالة الصحية ومواصلة مواجهة أولويات الرعاية الصحية.

ج) تقييم فعالية خدمات الصحة.

د) ضمان تخصيص الموارد اللازمة لمجالات العمل الإنساني ولمجموعات السكان التي هي بأمس الحاجة إليها.

هـ) تقييم جودة خدمات الصحة.

٢- ***رفع التقارير:*** أنظر المرفق ٣ للإطلاع على استمارة تسجيل الوفيات، والمرفق ٤ للإطلاع على استمارة عرض البيانات المتعلقة بالوفيات، والمرفق ٦ للإطلاع على نموذج استمارة خاصة بتوفير الماء والإصحاح والبيئة، والمرفق ٧ للإطلاع على نموذج استمارة للإبلاغ عن حالات العنف الجنسي. ويرجى الإطلاع أيضاً على الفصل ١: توفير الماء والإصحاح، والفصل ٢: التغذية.

٣- ***تعريف بعض الحالات السريرية:*** فيما يلي عدد من التعاريف الخاصة ببعض الحالات السريرية. ويمكن استخدام هذه التعاريف في بعض حالات الطوارئ وفي حالات ما بعد الطوارئ:

- **الحصبة**: هي عبارة عن طفح عام يستمر لمدة تزيد على ثلاثة أيام ويكون مصحوبا بحمى تزيد على ٣٨ درجة مئوية. كما تتميز الحصبة بأحد الأعراض التالية: السعال، سيلان الأنف، احمرار العينين.
- **الزحار**: يتميز ببراز سائل ٣ مرات أو أكثر في اليوم مع وجود دم في البراز.

- **الإسهال العادي**: يتسم ببراز سائل مائي ٣ مرات أو أكثر في اليوم.
- **الكوليرا**: يتسم بإسهال حاد وغزير وسائل ويكون مصحوباً بتقيؤ أو من غير تقيؤ.
- **الالتهاب التنفسي الحاد**: يتسم بسعال أو صعوبة في التنفس: أكثر من ٥٠ استنشاقاً في الدقيقة بالنسبة إلى الأطفال بين سن شهرين وأقل من سنة، كما يتسم بارتفاع وتيرة التنفس إلى أكثر من ٤٠ استنشاقاً في الدقيقة بالنسبة إلى الأطفال الذين يتراوح سنهم بين سنة و٤ سنوات، دون انقماع في الصدر أو أي علامات خطر أخرى.
- **سوء التغذية**: للحصول على تعريف مفصل لسوء التغذية، يرجى الإطلاع على التغذية في المرفق ١ من الفصل ٢.
- **الملاريا**: تتسم بحمى تزيد على ٣٨,٥ درجة مئوية دون وجود مُسبب واضح لارتفاع الحرارة.
- **التهاب السحايا**: يتسم بحمى مفاجئة تزيد على ٣٨,٩ درجة مئوية، بالإضافة إلى تشنج الرقبة أو الفرفرية.

٤- *العنف الجنسي:* ينبغي تتبع عدد حالات العنف الجنسي والمنزلي التي يجري تبليغ خدمات الصحة والمسؤولين عن الحماية والأمن بها.

معيار التحليل رقم ٣: نظام المعلومات الخاصة بالصحة ـ استعراض البيانات

ينبغي استعراض بيانات نظام المعلومات الخاصة بالصحة والتغييرات التي تطرأ على السكان المتضررين من الكارثة وتحليلها بانتظام لاتخاذ القرارات وتنظيم الاستجابة المناسبة.

مؤشرات أساسية

- ينبغي رصد معدل الوفيات الخام ومعدلات انتشار أهم المشكلات الصحية (الأمراض والإصابات) وتحليلها بانتظام أثناء مرحلة الطوارئ

من أجل تسهيل اتخاذ القرارات. ولكن قد يوصي فريق التقييم الأولي بتقليل تواتر أنشطة التحليل في ظل بعض حالات الطوارئ.

- ينبغي الإبلاغ بالمشكلات الصحية (سوء التغذية، الإصابات وما إلى ذلك) على وجه السرعة، كما ينبغي تعّقبها واتخاذ التدابير اللازمة دون تأخير، لتفادي ارتفاع نسبة الوفيات الناجمة عن مشكلة أو مشاكل صحية محددة.
- ينبغي الكشف عن حالات الإصابة بإمراض ذات طابع وبائي (كالكوليرا والحصبة وما إلى ذلك) أو أمراض معدية وتأكيدها في أسرع وقت ممكن. وينبغي اتخاذ التدابير اللازمة لمكافحة تفشي المرض عند الضرورة ومعالجة المصابين به على نحو مناسب.(أنظر معايير مكافحة الأمراض المعدية).

معيار التحليل رقم ٤: نظام المعلومات الخاصة بالصحة ـ الرصد والتقييم

ينبغي الاستعانة بجمع البيانات لتقييم فعالية عمليات مكافحة الأمراض والمحافظة على الصحة.

مؤشرات أساسية

- تسمح المعلومات التالية بتقييم فعالية البرامج المنفذة:
  - انخفاض معدل الوفيات بما يصل إلى أقل من وفاة واحدة لكل ١٠ ٠٠٠ شخص في اليوم.
  - انخفاض معدل الوفيات بين الأطفال دون سن خمس سنوات إلى أقل من وفاتين لكل ١٠ ٠٠٠ طفل يومياً.
  - مكافحة انتشار الأوبئة والأمراض
  - انخفاض أو انعدام الإصابات وآثار العنف.
  - تحصين أكثر من ٩٥٪ من السكان المتضررين ضد الحصبة.
  - الحصول على الغذاء الملائم (أنظر التغذية في الفصل ٢ والمعونة الغذائية في الفصل ٣)

- الحصول على الماء المناسب (أنظر توفير الماء والإصحاح في الفصل ١).
- توفر مرافق الصرف الصحي المناسبة (أنظر توفير الماء والإصحاح في الفصل ١).

ملاحظات توجيهية

١- ***الهدف:*** ينبغي أن يكون هدف عملية الإغاثة في حالات الطوارئ هو التوصل،في أسرع وقت ممكن، إلى تخفيض معدل الوفيات الخام إلى أقل من وفاة واحدة لكل ١٠ ٠٠٠ شخص في اليوم، وتخفيض معدل الوفيات بين الأطفال دون سن خمس سنوات إلى أقل من وفاتين لكل ١٠ ٠٠٠ طفل في اليوم.

٢- ***الدمج:*** ينبغي دمج نظام المعلومات الخاصة بالصحة في نظام المجتمع المحلي المضيف، وينبغي أن يغطي هذا النظام مرافق الصحة والعاملين في صحة المجتمع. وينبغي أن يشارك السكان المتضررون والمجتمع المضيف في نظام المعلومات الخاصة بالصحة.

٣- ***استعمال معلومات الرصد:*** تتسم الطوارئ، بحكم طبيعتها، بالتقّلب والتغيّر المستمرين. وبالتالي، فإن من المهم الحصول على معلومات منتظمة عن آخر التطورات في الوضع لضمان مواكبة برنامج المساعدة لهذه التطورات. وينبغي أن تتضمن الدراسات والتقديرات المنتظمة للوضع كل المعلومات المستخلصة من الرصد المنتظم لبرنامج الإغاثة. وقد يلزم في بعض الظروف تغيير استراتيجية الإغاثة المتبّعة لضمان تكييفها مع أهم التغييرات في الوضع أو في احتياجات السكان المتضررين.

٤- ***الأشخاص المعنيون بالرصد:*** عندما يستدعي الرصد استشارة السكان المتضررين، فإن من المستحسن إشراك الأشخاص القادرين على جمع المعلومات بطريقة مقبولة اجتماعيا ضمن السكان المتضررين بمختلف فئاتهم، مع مراعاة تمثيل الجنسين بصفة خاصة والمهارات اللغوية لهؤلاء الأشخاص. كما ينبغي تشجيع النساء على المشاركة في هذه الأنشطة.

٥- ***التقييم:*** يعتبر التقييم جزءاً مهماً من التحليل. إذ يمكن بفضله قياس فعالية برامج المساعدة واستخلاص الدروس المناسبة للعمليات اللاحقة

في مجال التأهب للكوارث والتخفيف من حدتها وفي مجال تقديم المعونة أيضاً. كما أن التقييم يُشّجع على مساءلة المعنيين بتنفيذ البرنامج. ويشمل التقييم عمليتين متكاملتين:

أ) يضطلع موظفو الوكالة المعنية، في سياق العملية الأولى، بإجراء تقييم داخلي للبرنامج ضمن التحليل والاستعراض الاعتياديين للمعلومات المستخلصة من الرصد. ويجب أن تقوم الوكالة المعنية أيضاً، بتقييم فعالية كل البرامج التي تنفذها في ظل كارثة معينة أو أن تقارن البرامج التي تنفذها في ظروف مختلفة.

ب) في إطار العملية الثانية، يصبح التقييم، على عكس التقييم السالف الذكر، جزءاً من تقييم أوسع نطاقاً تقوم به الوكالات الإنسانية والجهات المانحة، ويمكن أن يُنفذ بعد انتهاء ذروة مرحلة الطوارئ مثلاً. ومن المهم، عند إجراء عمليات التقييم، أن تكون الأساليب المتبعة والموارد المستعملة لإجرائها منسجمة مع برنامج المساعدة وطبيعته. كما أن من الضروري أن يبين تقرير التقييم المنهجية والإجراءات المتبعة لاستخلاص النتائج. وينبغي إطلاع المشتركين فالعمل الإنساني، بمن فيهم السكان المتضررين، على نتائج هذا التقييم.

٦- ***العلاقة بمجالات العمل الإنساني الأخرى:*** تتطلب أنشطة الرصد والتقييم تعاونا وثيقا مع مجالات العمل الإنساني الأخرى (أنظر الفصول المتعلقة بتوفير الماء والإصحاح، والتغذية، والمعونة الغذائية، وتخطيط المأوى والموقع)، ومع سلطات ووكالات البلد المضيف.

معيار التحليل رقم ٥: المشاركة

ينبغي أن تتاح للسكان المتضررين من الكارثة فرصة المشاركة في وضع برنامج المساعدة وتنفيذه.

مؤشرات أساسية

- ينبغي استشارة السكان المتضررين، نساءً ورجالاً، وإشراكهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بحصر الاحتياجات ووضع البرنامج وتنفيذه.
- ينبغي أن يتلقى السكان المتضررون من الكارثة، نساءً ورجالاً، معلومات عن برنامج المساعدة وأن تتاح لهم فرصة التعليق عليه أمام الوكالة الإنسانية المعنية.

ملاحظات توجيهية

١- *العدل:* من شأن مشاركة السكان المتضررين من الكوارث في اتخاذ القرارات وإعداد برنامج المساعدة وتنفيذه أن يسهم في ضمان فعالية ذلك البرنامج وإنصافه. وينبغي بذل جهود خاصة لضمان مشاركة النساء في إعداد البرنامج وتحقيق توازن بينهن وبين الرجال المشاركين في وضعه. وتجدر الإشارة إلى أن المشاركة في برنامج الصحة يمكن أن يسهم في تعزيز شعور الأفراد بكرامتهم وقيمتهم رغم الشدائد، وأن يخلق شعوراً بالانتماء إلى الجماعة يمكن أن يساعد على ضمان سلامة وأمن أولئك الذين يتلقون المساعدة وأمن المسؤولين عن تقديمها على حد سواء.

٢- *إشراك الناس في خدمات الصحة:* يمكن إشراك الناس في خدمات الصحة بطرق مختلفة منها على سبيل المثال: المشاركة في استنهاض المجتمع؛ توفير معلومات صحية أساسية للسكان المتضررين؛ الإبلاغ بحالات المرض المحتملة؛ وإجراء الاستقصاءات الصحية في المنازل؛ المشاركة في الحملات الصحية ودعمها (كالتطعيم، وتوفير مكملات الفيتامين ـــ أ، تدريب الأسر نفسها وبعض مراكز المجتمع المحلي على معالجة حالات جفاف الجسم باستخدام محلول الإرواء، توزيع العوازل الذكرية وما إلى ذلك)؛ تقديم المساعدة لمرافق الصحة (كالمحافظة على النظام والأمن) وفي مجال اللغة والثقافة.

٣- *لجان التنسيق:* تُسهم لجان التنسيق في ضمان مشاركة السكان في برنامج المساعدة. ولضمان تمثيل كل فئات السكان في هذه اللجان، ينبغي مراعاة الجنسين والسن والعرق والوضع الاجتماعي والاقتصادي للسكان المعنيين. كما ينبغي أن يشترك في هذه اللجان القادة

السياسيون المعترف بهم وقادة المجتمع من النساء والرجال والقادة الدينيون. وينبغي الاتفاق على دور لجان التنسيق ووظائفها عند إنشائها.

٤- ***التماس وجهات النظر والآراء:*** يمكن إشراك الأشخاص المعنيين أيضاً عن طريق إجراء استطلاعات الرأي وتنظيم المناقشات، وذلك أثناء عمليات توزيع مساعدات الإغاثة وأثناء الزيارات المنزلية أو عند التصدي للمشاكل الشخصية. كما يمكن استخلاص معلومات مفيدة عن المعتقدات والتقاليد الاجتماعية من خلال تنظيم مناقشات عامة مع الأشخاص المتضررين.

٢- مكافحة الحصبة

يعتبر فيروس الحصبة فيروسا مميتا شديد العدوى. والواقع أن ازدحام مآوي الطوارئ وحركات السكان غير المتوقعة تهيئ الظروف المثلى للانتشار السريع والمكثف للفيروس ويؤدي بالتالي إلى ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض ونسبة الوفيات بين مجموعة السكان المعنية، وعلى الأخص الأطفال منهم.

وعليه، ينبغي مباشرة حملات التطعيم ضد الحصبة في المراحل الأولى من حالة الطوارئ حيثما أمكن. وينبغي الاستعانة بالموظفين المناسبين وتوفير اللقاحات والأجهزة الكفيلة بضمان المحافظة على سلسلة التبريد وغيرها من المعدات لتنفيذ حملات التطعيم الجماعية في موقع الطوارئ بأسرع وقت ممكن. وينبغي تحديد موعد الشروع في حملات التطعيم استنادا إلى عوامل وبائية منها على سبيل المثال: معرفة ما إذا كان قد تم تنفيذ حملة تطعيم جماعية مؤخرا، وعدد الأشخاص الذين شملتهم حملة التطعيم والعدد المقدر للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالمرض ضمن السكان المتضررين. ويمكن لفريق التقييم، في بعض الحالات، أن يوصي بتطعيم الأشخاص حتى سن ١٥ عاما أو أكثر إذا تبين أن هناك احتمال كبير في أن تصاب هذه الفئة من السكان بالمرض.

معيار مكافحة الحصبة رقم ١: التطعيم

ينبغي أن يتلقى جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر و١٢ سنة جرعة من لقاح الحصبة وجرعة مناسبة من الفيتامين ـــ أ بأسرع وقت ممكن.

معيار مكافحة الحصبة رقم ٢: تطعيم الوافدين الجدد

ينبغي تطعيم الوافدين الجدد إلى مخيمات النازحين بشكل منهجي. وينبغي أن يتلقى جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر و١٢ سنة جرعة من لقاح الحصبة وجرعة مناسبة من الفيتامين ـــ أ.

مؤشرات أساسية

- ينبغي اتخاذ التدابير اللازمة لتنسيق حملات التطعيم ومواصلتها (برنامج التحصين الموسع) مع سلطات الصحة المحلية ومع الوكالات المعنية.
- ينبغي أن يشمل التطعيم أكثر من ٩٥٪ من أطفال المجموعة المستهدفة (بمن فيهم الوافدين الجدد) (أنظر المرفق ٥ للإطلاع على نموذج لاستمارة التطعيم).
- ينبغي أن يكفي مخزون لقاح الحصبة في الموقع لتطعيم ١٤٠٪ من مجموع الفئة المستهدفة. ويخصص ١٥٪ من هذه النسبة لتغطية الخسائر في اللقاح و٢٥٪ كاحتياطي. كما ينبغي تقدير الاحتياجات المقبلة إلى اللقاح لتطعيم الوافدين الجدد، وشراء اللقاح إن لم يكن متاحا.
- ينبغي الاقتصار على استخدام اللقاحات والمحاقن ذات الاستعمال الواحد التي تحترم مواصفات منظمة الصحة العالمية.
- ينبغي ضمان سلسلة التبريد ومراقبتها باستمرار، انطلاقاً من مصنع اللقاح وحتى موقع التطعيم.
- ينبغي أن تغطي الإمدادات من المحاقن ذات الاستعمال الواحد ١٢٥٪ من احتياجات الفئات المستهدفة، وتشمل هذه النسبة ٢٥٪ للاحتياطي. كما ينبغي توفير محاقن سعة ٥ مللتر لتخفيف تركيز محتويات القناني ذات الجرعات المتعددة. ويلزم محقن واحد لكل لقاح مخفف.
- ينبغي استخدام عدد كافٍ من «صناديق الأمان» التي توصي منظمة الصحة العالمية باستخدامها لخزن محاقن اللقاح المخفف المستعملة قبل التخلص منها. وينبغي التخلص من الصناديق نفسها وفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية.

- ينبغي أن يكون مخزون الفيتامين ـــ أ كافياً لتغطية ١٢٥٪ من احتياجات الفئات المستهدفة. علماً بأن ٢٥٪ من هذه النسبة تمثل احتياطي الفيتامين ـــ أ الذي قد يلزم توزيعه في إطار حملة التطعيم الجماعية.
- ينبغي تسجيل تاريخ التطعيم ضد الحصبة في دفتر الصحة الخاص بكل طفل. وينبغي توفير دفاتر الصحة لتسجيل عمليات التطعيم حيثما أمكن.
- ينبغي أن يعاد تطعيم الأطفال الذين يبلغون سن ٩ أشهر إذا كان قد تم تطعيمهم قبل هذه السن.
- ينبغي أن تكون مرافق الصحة قادرة على ضمان تطعيم الوافدين الجدد ضد الحصبة (في حالات النزوح) وأن تحدد الأطفال الذين يلزم تطعيمهم من جديد عند بلوغهم سن ٩ أشهر.
- ينبغي إعلام النساء الحوامل أو مقدمي الرعاية ـــ بلغتهم المحلية ـــ بفوائد التطعيم ضد الحصبة ومضاعفاته المحتملة ومتى ينبغي العودة إلى المرفق الصحي إذا لزم التطعيم من جديد وأهمية الاحتفاظ بدفتر الصحة.
- ينبغي للعاملين في المجتمع المحلي أن يُنظموا حملة لإعلام الجمهور قبل الشروع في أي حملة تطعيم جماعية.

ملاحظات توجيهية

١- ***درجة الحرارة:*** يجب احترام درجات الحرارة التي يوصي بها صانعوا اللقاحات لحفظها ـــ أقل من ٨ درجات مئوية ـــ للمحافظة على فعالية اللقاح.

٢- ***دفاتر الحالة الصحية:*** ينبغي توفير دفاتر الحالة الصحية الشخصية لتسجيل التطعيم ضد الحصبة. وقد لا تكون هذه الدفاتر متاحة أو قد يتعذر إصدارها أحياناً في حالات الطوارئ. غير أن عدم توفر دفاتر الصحة يحب ألا يؤخر حملات التطعيم.

٣- ***الفئات المستهدفة:*** قد يلزم رفع سن الفئة التي يستهدفها التطعيم ضد الحصبة من ١٢ سنة إلى ١٥ سنة أو أكثر في بعض المناطق، إذا بينت

الدراسات الوبائية أن فئة الأعمار هذه معرضة بدورها للإصابة بالحصبة. وقد يوصي فريق الحصر الأولي، في حالات أخرى، بتطعيم الأطفال دون سن ١٢ عاماً أيضاً.

٤- *الحملات الجماعية:* توصي منظمة الصحة العالمية باستعمال الفيتامين ـــ أ كالآتي:

- الرضع الذين يتراوح سنهم بين ٦أشهر ١٢ شهراً: ١٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية (توفير الجرعة مرة كل ٤ ـــ ٦ أشهر).
- الأطفال الذين يتجاوز عمرهم ١٢ شهراً: ٢٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية (توفير الجرعة مرة كل ٤ ـــ ٦ أشهر).

٥- *التوظيف:* تبين من التجارب السابقة أن أنشطة التطعيم (بما في ذلك توفير الفيتامين ـــ أ) تتطلب مشرفاً واحداً ومسؤولاً واحداً عن النقل والإمداد على الأقل للإشراف على فريق واحد أو أكثر من فرق التطعيم. وينبغي أن يكون هذا الفريق قادراً على تطعيم ٥٠٠ ـــ ٧٠٠ شخص خلال ساعة تقريباً. ويتوقف عدد القائمين بالتطعيم على عدد السكان الذين يراد تطعيمهم. فيلزم الاستعانة بأربعة موظفين لتحضير اللقاحات وبموظَفَين للتطعيم وستة موظفين لتسجيل الأشخاص ومطابقة المعلومات وستة موظفين آخرين للمحافظة على النظام والأمن.

معيار مكافحة الحصبة رقم ٣: مكافحة تفشي الحصبة

ينبغي تنظيم استجابة منهجية كلما تفشت الحصبة بين السكان المتضررين من الكوارث وسكان المجتمع المضيف.

مؤشرات أساسية

- إن تسجيل حالة إصابة واحدة بالحصبة (سواء كان مشتبه فيها أو أكيدة) يبرر إجراء تحقيق في الموقع يتضمن التعرف على عمر الأشخاص الذين يشتبه في إصابتهم بالحصبة أو أصيبوا بها بالفعل وعلى سجل تطعيمهم.

- ينبغي أن تضم تدابير مكافحة المرض تطعيم كل الأطفال الذين يتراوح سنهم بين ٦ أشهر و١٢ سنة (أو أكثر إذا كان الأطفال الأكبر سناً معرضون بدورهم للمرض) بالإضافة إلى توفير جرعات مناسبة من الفيتامين ــــ أ.

معيار مكافحة الحصبة رقم ٤: رعاية المرضى

ينبغي أن يتلقى جميع الأطفال المصابين بالحصبة رعاية مناسبة بهدف تفادي المضاعفات الخطيرة أو الوفاة.

مؤشرات أساسية

- ينبغي وضع نظام ــــ يشمل مجموعة السكان المعنية بأكملها ــــ للكشف عن الأمراض في مرحلتها النشيطة بالاستناد إلى التعريف النموذجي للمرض، وإحالة المصابين المشكوك في إصابتهم بالمرض أو الذين أُكدت إصابتهم، إلى المرافق المختصة.
- ينبغي أن يتلقى كل مصاب بالحصبة جرعة من الفيتامين ــــ أ وعلاجاً مناسباً لتفادي مضاعفات المرض كالالتهابات الرئوية والإسهال وسوء التغذية الحاد والتهاب السحايا والدماغ التي تمثل سبب معظم الوفيات.
- ينبغي تعّقب الحالة الغذائية للأطفال المصابين بالحصبة، وينبغي تسجيلهم في برنامج للتغذية الإضافية عند الضرورة.

ملاحظات توجيهية

١- *برنامج التحصين الموسع:* يستحسن الإسراع في تنفيذ حملات التطعيم ضد الحصبة بالنظر إلى الأهمية التي يمثلها هذا التطعيم في المراحل الأولى من حالة الطوارئ في العديد من البلدان. ويمكن تنفيذ برنامج موسع للتطعيم ضد أمراض أخرى إلى جانب التطعيم ضد الحصبة بشرط ألا يؤخَر التطعيم ضد الحصبة بانتظار توفير اللقاحات الأخرى. وفي حال التطعيم ضد الحصبة فقط، يستحسن تنفيذ برنامج

التحصين الموسع ضد أمراض أخرى بعد أن يكون قد تم تلبية الاحتياجات الفورية للسكان المتضررين من الكارثة فحسب.

٢- ***حالات النزاع:*** لقد نجح صندوق الأمم المتحدة للطفولة ومنظمات أخرى في حمل الأطراف المتحاربة على وقف إطلاق النار مؤقتاً في بعض الأحيان للسماح بتنفيذ حملات التطعيم بأمان.

٣- ***إعادة التطعيم:*** تجدر الإشارة إلى أن إعادة تطعيم الأطفال الذين سبق تطعيمهم ضد الحصبة لا يُسبب أي أذى في الحالات التي يُنصح فيها بالتطعيم وعندما لا تكون دفاتر الصحة الشخصية متاحة. إذ يُفضل إعادة تطعيم الأطفال عن تركهم دون تطعيم وتعريضهم بالتالي إلى الإصابة بالمرض.

٤- ***معالجة الحصبة أو نقص الفيتامين ـ أ:*** إن تزويد الجسم بالفيتامين ــــ أ يسهم في تخفيض نسبة الوفيات ومضاعفات الحصبة. وتوصي منظمة الصحة العالمية بتوفير الجرعات التالية:

- الرضع دون سن ستة أشهر: ٥٠ ٠٠٠ وحدة دولية في اليوم الأول و٥٠ ٠٠٠ وحدة دولية في اليوم الثاني.
- الرضع الذين يتراوح سنهم بين ٦ أشهر و١٢ شهرا: ١٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية في اليوم الأول و١٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية في اليوم الثاني.
- الأطفال الذين يزيد عمرهم على ١٢ شهراً: ٢٠٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية في اليوم الأول و٢٠٠ ٠٠٠ وحدة دولية في اليوم الثاني.

٥- ***تفشي الحصبة بين السكان المتضررين:*** إن الأطفال الذين تم تطعيمهم أثناء فترة حضانة الفيروس، يمكن أن يصابوا بالمرض مع ذلك.

٣- مكافحة الأمراض المعدية

تمثل الحصبة وأمراض الإسهال والأمراض التنفسية الحادة وسوء التغذية والملاريا ـ في الحالات التي يكون فيها هذا المرض متوطنا ـ أهم أسباب الاعتلال والوفيات بين السكان المتضررين من الكوارث. وقد يُسجل في بعض الظروف ارتفاع مفاجئ في عدد من الأمراض المعدية الأخرى كالتهاب السحايا بالمكورات السحائية والتهاب الكبد وحمى التيفوئيد والتيفوس والحمى الراجعة. وعادة ما تظهر أمراض الأسهال والأمراض المعدية، كالسل الرئوي، في بداية حالة الطوارئ ويمكن أن تُمثل أيضاً أولى أعراض فيروس نقص المناعة البشرية أو مرض الإيدز.

وعادة ما تكون السلطات الصحية المحلية والعاملون في صحة المجتمع والممرضون المنزليون أول من يضطلع بأعمال مكافحة الأمراض ـ عندما تسمح الموارد بذلك ـ بالتعاون مع مرافق الصحة والوكالات المشتركة في أعمال الإغاثة. وتجدر الإشارة إلى أن بوسع السكان المتضررين من الكوارث أن يلعبوا دوراً مهماً في الوقاية من الأمراض ومكافحتها عن طريق احترام قواعد النظافة.

وبالنظر إلى الأهمية البالغة التي تمثلها أنشطة الوقاية في مكافحة الأمراض المعدية، فإن تنفيذ برامج العمل الإنساني الأخرى، مثل توفير الماء والإصحاح والتغذية والغذاء والمأوى، يُعتبر أمراً حيويا. إذ أن اكتظاظ السكان، وتلوث إمدادات المياه، وتردي ظروف الإصحاح، وعدم توفير مآوٍ مناسبة، كلها عوامل تسهم في الانتشار السريع للأمراض. كما أن التغذية غير المناسبة، ولا سيما بين صغار الأطفال، يزيد من احتمالات التعرض للأمراض ويسهم في ارتفاع معدل الوفيات.

ولا بد أيضاً من التفكير في التدابير التي قد يلزم اتخاذها للوقاية من الأمراض التي تنقل عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية ومكافحتها. ويتوقف نوع الإجراءات المتخذة في هذا المجال على المعلومات الوبائية المتاحة بشأن السكان المتضررين وكذلك على طبيعة الكارثة.

معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ١: الرصد

ينبغي رصد انتشار الأمراض المعدية.

مؤشرات أساسية

- ينبغي تعيين الوحدة أو الوكالة المسؤولة عن مراقبة الأمراض ومكافحتها، وينبغي إبلاغ جميع المشاركين في أعمال الإغاثة باسم الجهة التي يجب أن يبعثوا تقاريرهم إليها بشأن حالات الإصابة المحتمَلة أو المؤكَدة.
- ينبغي أن تضم الوحدة أو الوكالة المسؤولة عن مراقبة الأمراض ومكافحتها موظفين ذوي خبرة في مجال الوبائيات ومكافحة الأمراض.
- ينبغي مراقبة الأمراض في كل الأوقات للتمكن من الكشف عن الأمراض المعدية بسرعة واتخاذ الإجراءات اللازمة لمكافحتها.

معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ٢: الاستقصاء وتدابير المكافحة

ينبغي إجراء استقصاءات بشأن الأمراض التي يحتمل تفشيها ومكافحتها وفقاً للمؤشرات والمعايير المعترف بها دولياً.

مؤشرات أساسية

- ينبغي الكشف عن الأمراض ذات الطابع الوبائي المحتمل أثناء الحصر الأولي للاحتياجات. وينبغي وضع بروتوكولات موّحدة للوقاية من الأمراض وتشخيصها، تكون مرافق الصحة والعاملون الصحيون والممرضون المنزليون على علم بها.
- ينبغي أن يقوم موظفون مؤهلون بالتحقق من الأمراض التي تم تسجيلها وتلك التي تفيد الشائعات بانتشارها.
- ينبغي تأكيد الأمراض التي تم تشخيصها.

- ينبغي اتخاذ التدابير اللازمة لمكافحة تفشي الأمراض. وتشمل هذه التدابير الآتي:
  - القضاء على سبب المرض عن طريق التحكم في مصدر العدوى لمنع انتشار المرض إلى أفراد المجتمع المحلي الآخرين. ويمكن أن تتضمن هذه التدابير ــ حسب المرض ــ التشخيص السريع لحالات الإصابة ومعالجتها (كما في حالة الكوليرا) وعزل المصابين (كما في حالة الحمى الفيروسية النزيفية ومرض إيبولا) ومكافحة الحيوانات التي يمكن أن تنقل الأمراض (كما في حالة الطاعون مثلاً).
  - حماية الفئات المعرضة للإصابة بالأمراض من أجل تقليل احتمالات العدوى، وذلك عن طريق التحصين (كما في حالة التهاب السحايا والحصبة)، وتوفير تغذية أفضل، واللجوء إلى الوقاية الكيميائية في بعض الحالات، ولا سيما فيما يتعلق بالفئات الشديدة التعرض للخطر (يمكن اقتراح تدابير الوقاية من الملاريا للنساء الحوامل عند تفشي المرض مثلاً)، وتوفير الدم السليم والعوازل الذكرية (الرفائل) لتفادي الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس وفيروس الإيدز.
  - وضع حد لانتشار المرض عن طريق تحسين الظروف الخارجية والنظافة الشخصية (فيما يتعلق بالأمراض التي تنتقل عن طريق الغائط وعبر الفم)، التوعية الصحية ومكافحة نواقل الأمراض (كالحمى الصفراء وحمى الضنك) وعن طريق التطهير والتعقيم (كما في حالة التهاب الكبد من الفئة باء ومرض إيبولا).
- ينبغي أن يشارك موظفون مؤهلون (العاملون في صحة المجتمع والممرضون المنزليون) في اتخاذ تدابير مكافحة الأمراض على مستوى المجتمع المحلي عن طريق توفير معلومات عن الوقاية ومعالجة الأمراض نفسها وفقاً لمبادئ توجيهية متفق عليها (بعلاج جفاف الجسم عن طريق محلول الإرواء، وتوفير العقاقير، والالتزام بالعلاج الموصوف، وزيارة المرضى وما إلى ذلك).
- ينبغي أن تشكل توعية الجماهير ومعلومات التوعية الصحية بشأن الوقاية من الأمراض جزءاً من أنشطة الوقاية.

- ينبغي لزعماء المجتمع المحلي وللعاملين في مجال صحة المجتمع والممرضين المنزليين أن يعملوا على تسهيل الوصول إلى مختلف فئات السكان ونشر أهم المعلومات المتعلقة بالوقاية.
- ينبغي استخدام العقاقير المذكورة في قائمة العقاقير الأساسية التي أعدتها منظمة الصحة العالمية (١٩٩٨) وليس غيرها.

ملاحظات توجيهية7

١- ***المعايير المتفق عليها دوليا:*** أنظر منظمة الصحة العالمية (١٩٩٧) في قائمة المراجع المختارة، تحت عنوان: نظام المعلومات الخاصة بالصحة.

٢- ***الإشاعات:*** كثيراً ما يُرَوج السكان المتضررون من الكوارث، بمن فيهم اللاجئين، إشاعات حول تفشي الأمراض. وينبغي تعقّب هذه الإشاعات في كل الأحوال.

٣- ***متى يصبح المرض وبائي الطابع:*** يُعّرف الوباء بأنه ارتفاع مفرط في حالات الإصابة بمرض معين بالمقارنة بمعدل انتشار ذلك المرض سابقاً في مكان معين وفي وقت معين وبين مجموعة معينة من السكان. ويصعب أحياناً معرفة متى يبلغ المرض مستوى الوباء، ولذا ينبغي للوحدة المسؤولة عن تعقّب الأمراض أن تُحدد ــــ حيثما أمكن ــــ عتبةً يمكن أن يُقال عن المرض، إذا بلغها، أنه أصبح وباءً. ولكن، لما كان من الصعب، تحديد عتبات، بشأن معظم الأمراض، ينبئ بلوغها باقتراب المرض من مستوى الوباء، فلا بد من إبلاغ الوحدة المسؤولية عن تعقّب الأمراض ومكافحتها بكل ما ينبئ باحتمال تفشي وباء معين أو تفشيه بالفعل.

٤- ***إنشاء المختبرات:*** لا يمثل إنشاء مختبر أولوية، في معظم حالات الطوارئ. إذ يمكن تشخيص الأمراض سريرياً ومعالجتها، إما بشكل تخميني أو بمعالجة أعراضها. وقد يلزم الكشف عن بعض عوامل العدوى وجمع بعض العينات وإرسالها إلى مختبر مرجعي لتحليلها. وعلى الوحدة المسؤولة عن مراقبة الأمراض ومكافحتها أن تقرر ذلك.

٥- ***مكافحة أمراض الإسهال:*** تمثل أمراض الإسهال سبباً مهماً من أسباب الوفيات بين السكان المتضررين من الكوارث، لأن اكتظاظ السكان ونقص الماء وانعدام النظافة وظروف الإصحاح الرديئة، يمكن أن تسهم كلها في انتقال هذا النوع من الأمراض. ولما كانت معالجة الإسهال الشائع تتوقف على الوقاية من جفاف الجسم عن طريق محلول الإرواء، ينبغي أن تضم خدمات الصحة الأساسية في ظروف الكوارث شبكة من مراكز معالجة جفاف الجسم عن طريق توفير محلول الإرواء. ولما كانت الحالة الغذائية المتردية تزيد من نسبة الوفيات الناجمة عن الإصابة بالإسهال، فإن من الضروري الكشف على جميع الأطفال المصابين بالإسهال لمعرفة ما إذا كانوا يعانون من سوء التغذية أم لا، ومعالجتهم وفقاً لذلك. ويعتبر توفير كميات كافية من الماء الصالح للشرب وبناء المراحيض وتوزيع الصابون والتخطيط الملائم لمواقع السكن لتفادي الاكتظاظ، من أنجع طرق مكافحة أمراض الإسهال والوفيات الناجمة عنها.(١)

٦- ***مكافحة الأمراض التنفسية الحادة:*** تتراوح نسبة الوفيات بين الأطفال دون سن خمس سنوات بسبب الأمراض التنفسية الحادة في البلدان النامية بين ٢٥٪ و ٣٠٪، ويرجع ٩٠٪ من هذه الوفيات إلى التهاب الرئة وحده. وتمثل المعالجة المناسبة لهذه الحالات حجر أساس تفادي الوفيات الناجمة عن التهاب الرئة. وقد وضعت منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة لرعاية الطفولة طريقة للتشخيص السريري تقوم على مراقبة تنفس الطفل. ويمكن استخدام طريقة التشخيص هذه للتعرف على حالات الإصابة بهذا الالتهاب على وجه السرعة ضمن مجموعة السكان اللاجئين. ويظل عقار الكورتريموكزازول أهم دواء لمعالجة التهاب الرئة بالنظر إلى سهولة مناولته ومردوديته في معالجة المصابين بالتهاب الرئة القادرين على التنّقل.

٧- ***الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية:*** يجب اتخاذ التدابير اللازمة خلال المرحلة الحساسة التي تلي الكارثة، للحد من مخاطر العدوى بأكبر قدر ممكن. وتحدد طبيعة الكارثة والوضع الوبائي للأشخاص المتضررين التدابير اللازمة لمكافحة مرض الإيدز (متلازمة نقص المناعة المكتسب) والعدوى بفيروسه وما يمكن تحقيقه بالفعل. ويجب أن ترمي الاستجابة لأي حالة من حالات الطوارئ إلى احترام حقوق

الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أو بمرض الإيدز وتفادي انتقال هذا المرض داخل مراكز الرعاية الصحية. وينبغي لعملية الإغاثة أن تضمن الآتي: نقل الدم السليم؛ الحصول على عوازل ذكرية؛ توفير المواد والمعدات اللازمة للوقاية؛ توفير المعلومات والتوعية والاتصالات المناسبة. (٢)

٨- ***مكافحة الزحار:*** يمثل الزحار من النمط١ مشكلة كبرى من مشاكل الصحة العامة في أمريكا اللاتينية وجنوب آسيا ووسط إفريقيا. وقد ثبتت قدرة هذا المرض الاستثنائية على مقاومة المضادات الحيوية. ويعتبر عقار السيبروفلوكساسين (الذي يتناوله المريض لمدة ٥ أيام) المضاد الحيوي الفعال الوحيد ضد المرض في بعض المناطق في يومنا هذا، مما يزيد من تعقيد معالجة المرضى ومن تكلفة العلاج إلى درجة قد تحول دون استخدامه على نطاق واسع.

٩- ***مكافحة الكوليرا:*** كثيراً ما يتفشى مرض الكوليرا في ظروف الكوارث في كل من آسيا وأفريقيا. ويمكن إبقاء معدل الوفيات الناجمة عن الكوليرا دون نسبة ١٪ أثناء تفشي المرض في مستقرات اللاجئين إذا تم التحكم في حالات تفشي المرض بشكل مناسب. وتستند مكافحة تفشي المرض إلى الكشف الفعال عن حالات الإصابة بالمرض ومعالجتها. وينبغي أن يتلقى المرضى الذين يعانون من جفاف حاد علاجا بالحقن الوريدي. أما حالات الكوليرا الخفيفة، فيمكن معالجتها بمحلول الإرواء. كما أن من شأن توفير علاج بالمضادات الحيوية لأيام معدودات أن يقلل من مدة المرض، وهو الحل الذي توصي به منظمة الصحة العالمية لمعالجة المرضى الذين يعانون من جفاف حاد. وينبغي الحد من انتشار الكوليرا عن طريق التخلص من النفايات بشكل مناسب ومعالجة الماء بمادة الكلور. ولم يستخدم التطعيم الجماعي أبدا لمكافحة تفشي الكوليرا، وهناك إجماع على أنه لن يكون للتطعيم سوى أثر محدود أو لن يكون له أي أثر على الإطلاق بعد تفشي المرض (استراتيجية رد الفعل) ومن شأنه أن يُحول الموارد عن الأنشطة الأساسية الأخرى في مجال مكافحة الأمراض.

١٠- ***مكافحة الحصبة:*** لا يزال مرض الحصبة أحد أهم أسباب وفيات الأطفال في كل أنحاء العالم. وإذا كان برنامج التحصين الموسع قد

حقق تغطية عامة مُرضية في مجال التطعيم في بعض البلدان، فلا تزال هناك اختلافات ملموسة في هذه التغطية بين مختلف مناطق العالم. ويمكن أن يتفشى المرض في المخيمات أو غيرها من الأماكن المكتظة بالسكان حيث يمثل وجود عدد من الأشخاص الذين قد يكونون مصابين بالمرض، عاملاً مهماً في نقل الفيروس. وعادة ما يرتفع معدل الوفيات بسبب الحالة الغذائية السيئة للناس ونقص الفيتامين ـــ أ والتعرض المكثف إلى الفيروس نتيجة لاكتظاظ السكان. ويمكن تفادي ارتفاع الوفيات الناجمة عن الحصبة عن طريق تنظيم حملات تطعيم جماعية مقترنة بتوزيع الفيتامين ـــ أ. ويمثل ذلك أولوية قصوى في حالات الطوارئ.

١١- ***مكافحة الملاريا:*** لا يزال مرض الملاريا الذي يسببه فيروس البسالموديوم فالسيباروم من أهم المخاطر الصحية التي تواجهها المناطق الاستوائية في العالم أجمع. وتقوم الوقاية من الملاريا ـــ حتى بالنسبة إلى السكان الذين نزحوا من مناطق يكون فيها المرض متوطنا ـــ على الحماية الشخصية باستخدام الناموسيات المشبعة بمبيدات الحشرات وعلى حماية المجتمع المحلي عن طريق مكافحة نواقل المرض. ومن شأن التوزيع الواسع النطاق للناموسيات المشبعة بمبيدات الحشرات أن يؤثر بشكل ملموس في مدى انتشار المرض عن طريق تقليل عدد البعوض وحماية الناس منه في الوقت نفسه بحيث يمكن حتى للأشخاص الذين لا يستعملون الناموسيات أن يستفيدوا من تأثيرها. ولا يوصى باستخدام الوقاية الكيميائية بشكل موسع لصعوبة تطبيقها ورصدها على نطاق واسع، ولأنها يمكن أن تسهم في تعجيل ظاهرة مقاومة الأدوية. وتتمثل أفضل استراتيجية لمكافحة المرض مبدئياً في معالجة حالات الإصابة الأكيدة بالبارازيتيما غير أن من الصعب تحقيق ذلك من الناحية العملية في أغلب الأحيان. وكثيرا ما يقدم العلاج على أساس سريري صرف في المناطق التي يكون فيها المرض شديد التوطن وحيث لا توجد مختبرات. وينبغي أن يكون العلاج المقترح متمشيا مع البرنامج القطري لمكافحة الملاريا ولكن، ينبغي أن يكون مكيفا مع الأنماط الوبائية للسكان المتضررين في الوقت نفسه. ويمكن تحديد ذلك بشكل أفضل في مرحلة ما بعد الطوارئ حيث يصبح من الأسهل تقييم الاتجاهات الوبائية.

١٢- *مكافحة أمراض أخرى أقل انتشاراً وخطراً:* أنظر المراجع الوارد في قائمة المراجع في المرفق ١، وأنظر بصفة خاصة كتاب أطباء بلا حدود (١٩٩٧).

١٣- *مقاومة العقاقير:* قد يلزم في بعض الحالات إجراء دراسات لتقييم درجة مقاومة العقاقير.

١٤- *دفن الموتى:* أنظر الملاحظة التوجيهية رقم ٥ عن الموتى، في معيار معالجة النفايات الصلبة رقم ٢ في الفصل الأول عن توفير الماء والإصحاح.

الملاحظات

١- تم اقتباس الملاحظات بشأن مكافحة أمراض الإسهال، بما فيها الزحار والكوليرا والأمراض الرئوية الحادة والحصبة والملاريا مع بعض التغييرات ـــ من مقال Control of Infectious Diseases in Refugee and displaces Populations in Developing Countries 1998, 96, 3-14 (مكافحة الأمراض المعدية لدى السكان اللاجئين والنازحين في البلدان النامية) بقلم باكيه وهانكيه، الذي نُشر من نشرة معهد باستور عام ١٩٩٨.

٢- تم اقتباسه، مع بعض التغييرات، من كتاب guidelines for HIV intervention in emergency settings,UNAIDS 1996, reprinted 1998

٤- خدمات الرعاية الصحية

معيار خدمات الرعاية الصحية رقم ١: الرعاية الطبية الملائمة

يستند تنظيم الرعاية الصحية الطارئة للسكان المتضررين من الكوارث، إلى إجراء حصر أولي للاحتياجات وإلى بيانات نظام المعلومات الخاصة بالصحة. والغرض من الرعاية الصحية الأولية هو الحد من ارتفاع نسبة الوفيات والأمراض عن طريق توفير الرعاية المناسبة.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يكون الغرض من عمليات الإغاثة هو الكشف عن أهم أسباب زيادة عدد الوفيات والأمراض والإصابات.
- ينبغي للسلطات الصحية المحلية أن تقود جهود الرعاية الصحية حيثما أمكن، وينبغي للوكالات الإنسانية المشاركة في أعمال الإغاثة أن تستخدم مرافق الصحة المحلية وأن تعززها. فإذا تعذر على السلطات المحلية أن تضطلع بهذا الدور، ينبغي لأحدى الوكالات الأجنبية أن تقود جهود الإغاثة وأن تستعين بالمرافق القائمة التي قد تستلزم دعما وتنسيقا ملموسين من طرف الوكالات المشاركة في جهود الإغاثة.
- ينبغي أن تتفق كل الوكالات الإنسانية المشاركة في أعمال الإغاثة على تنسيق أنشطتها مع السلطة الصحية الرائدة التي يتم تعيينها عند إجراء الحصر الأولي للاحتياجات.
- ينبغي أن يكون نظام الرعاية الصحية قادرا على تلبية الطلبات الكثيرة على خدمات الصحة.

- ينبغي أن يتسم نظام الرعاية الصحية بالمرونة اللازمة بما يكفل تكيفه مع التغييرات في الوضع التي يكشف عنها نظام المعلومات الخاصة بالصحة.

معيار خدمات الرعاية الصحية رقم ٢: الحد من الأمراض والوفيات

ينبغي أن تلتزم الرعاية الصحية الطارئة بمبادئ الرعاية الصحية الأولية وأن تستهدف المشكلات الصحية التي تسبب ارتفاعا مفرطا في نسبة الأمراض والوفيات.

مؤشرات أساسية

- ينبغي تنفيذ أعمال الرعاية الصحية الطارئة عن طريق نظم الرعاية الصحية الأولية القائمة إن كانت متاحة. ويشمل نظام الرعاية الأولية ما يلي:
  - رعاية الأسرة.
  - رعاية المجتمع المحلي بفضل العاملين في صحة المجتمع والممرضين المنزليين.
  - المرافق الصحية الطرفية (المستوصفات أو مراكز الصحة أو العيادات الطبية).
  - مرافق الصحة المركزية (مركز الصحة).
  - المستشفيات التخصصية.
- ينبغي تقديم الرعاية الصحية في المجال الملائم من نظام الرعاية الصحية الأولية. فلن تتطلب كل حالات الطوارئ تقديم خدمات الرعاية في كل المجالات المذكورة آنفا. ويمكن بفضل الحصر الأولي للاحتياجات، تحديد نوع الرعاية المطلوبة. وإذا لم يكن هناك نظام قائم للرعاية الصحية الأولية، وجب توفير أنواع الرعاية اللازمة لتفادي ارتفاع نسبة الوفيات والأمراض.
- ينبغي توفير الرعاية الصحية الطارئة، بما في ذلك معالجة الأمراض والإصابات، لمجمل السكان على مستوى المجتمع المحلي. ويمكن علاج

بعض الأمراض والإصابات في مرافق الصحة، بينما تحال حالات الإصابة الأخطر إلى المراكز المتخصصة.

- ينبغي أن يكون التوظيف في كل مستويات نظام الرعاية الصحية مناسباً لتلبية احتياجات السكان، وينبغي استخدام مرافق الرعاية أو أنواع الرعاية اللازمة لتقليل الوفيات والأمراض فحسب.
- ينبغي إشراك مهنيو الصحة، ضمن السكان المتضررين من الكارثة، في خدمات الصحة بقدر المستطاع. وينبغي اختيار العاملين في مجال التوعية ضمن المجتمع المحلي بطريقة تراعي تمثيل الجنسين وتحترم الخلفية الاجتماعية للسكان المتضررين وفقاً للمعلومات التي وفرها الحصر الأولي.
- ينبغي أن تتفق جميع الجهات التي تقدم الرعاية الصحية على تطبيق إجراءات موحدة في مجال التشخيص وفي معالجة أهم الأمراض التي تؤدي إلى ارتفاع نسبة الوفيات والإصابة بالمرض.
- ينبغي استعمال حقائب الصحة الجديدة لحالات الطوارئ (حقيبة واحدة لكل ١٠ ٠٠٠ شخص) للشروع في أعمال الإغاثة. وينبغي بعد ذلك طلب العقاقير اللازمة مع الالتزام بقائمة العقاقير الأساسية التي توصي منظمة الصحة العالمية باستعمالها.
- ينبغي استعمال اللوازم الدنيا لتقديم الخدمات الأولية اعتباراً من بدء عملية الإغاثة من أجل الاستجابة لاحتياجات السكان في مجال صحة الإنجاب.
- ينبغي الامتناع عن استخدام العقاقير غير المطلوبة التي تم التبرع بها والتي لا تلتزم بالمبادئ التوجيهية بشأن التبرع بالعقاقير، وينبغي التخلص من هذه العقاقير بشكل آمن.
- ينبغي اتخاذ تدابير الوقاية الأساسية لتفادي تفشي الأمراض والحد منها والتوعية بضرورة تطبيق هذه التدابير.
- ينبغي تنظيم النقل المناسب للمرضى إلى مرافق الإحالة التخصصية.

ملاحظات توجيهية

١- ***توفير خدمات الرعاية الصحية:*** ينبغي توفير الرعاية الصحية الطارئة للسكان المتضررين من الكوارث، وتوفيرها للسكان المضيفين أيضاً في حالات النزوح. كما ينبغي مراعاة السياق الجغرافي والعرقي واللغوي للسكان المتضررين وخصائص الجنسين ضمن هؤلاء السكان عند تنفيذ أعمال الإغاثة.

٢- ***تتضمن الخدمات المقدمة على مختلف مستويات نظام الرعاية الصحية الأولية الآتي:***

- **مستوى الأسرة**: تقدم الأسرة نفسها أو الأقارب أو العاملون في مجال صحة المجتمع المحلي بعض خدمات الرعاية الوقائية والعلاجية، كإعطاء الأدوية ومعالجة جفاف الجسم بتوفير محلول الإرواء.
- **مستوى المجتمع المحلي**: تضم الخدمات التي تقدم على هذا المستوى الآتي: جمع البيانات؛ علاج جفاف الجسم بتوفير محلول الإرواء والالتزام بالعلاج؛ عيادة المرضى في البيوت؛ الكشف عن حالات الإصابة بالأمراض؛ إحالة المرضى إلى مرافق الصحة؛ النهوض بالصحة؛ التوعية الصحية؛ نشر المعلومات الخاصة بالصحة.
- **المستوى الطرفي**: ويشمل الخدمات الأولية للمرضى الخارجيين؛ معالجة جفاف الجسم بتوفير محلول الإرواء؛ التضميد؛ إحالة المرضى إلى مرافق أكثر تخصصا؛ جمع البيانات؛ التطعيم.
- **مستوى مرافق الصحة المركزية**: وتشمل الخدمات في هذا المستوى: التشخيص؛ إدارة شؤون المرضى الخارجيين (المستوى الأول والإحالة)؛ التضميد والحقن؛ معالجة جفاف الجسم عن طريق محلول الإرواء؛ خدمات الطوارئ؛ الولادة من غير مضاعفات؛ صحة الإنجاب (بما في ذلك تنظيم الأسرة؛ رعاية الأم والطفل؛ خدمات الأمومة السليمة؛ العلاج والمشورة في مجال العنف الجنسي؛ الأمراض التي تنقل عن طريق الجنس ومرض الإيدز والعدوى بفيروسه)؛ الإصابات البسيطة؛ المواد

الصيدلية؛ المراقبة الصحية؛ استقبال المرضى في المستشفيات العامة؛ الإحالة إلى المستشفيات أو الخدمات التخصصية كالمختبرات؛ نقل الدم؛ مواصلة التطعيم ضد الحصبة.

- **مستوى مستشفى الإحالة التخصصي**: الإصابات؛ حالات الطوارئ المهمة المتعلقة بالحمل؛ المختبر التخصصي.

٣- ***الوقاية من الأمراض والوفيات في مرحلة ما بعد الولادة:*** يمكن تحقيق ذلك عن طريق تنظيم خدمات ما قبل الوضع استعداداً لمواجهة حالات الطوارئ المتعلقة بالحمل؛ توفير وتوزيع لوازم الوضع النظيفة؛ ضمان توفير حقائب القابلات التقليديات التي يوفرها صندوق الأمم المتحدة لرعاية الطفولة ولوازم الطوارئ في مجال صحة الإنجاب التي يوفرها صندوق الأمم المتحدة للسكان في مراكز الصحة. وينبغي للذين يقدمون الرعاية الصحية أن يخططوا لتوفير خدمات شاملة في مجال خدمات صحة الإنجاب، عن طريق تحديد الأماكن التي يمكن فيها تقديم هذه الخدمات في المستقبل.

٤- ***التوظيف:*** يختلف عدد الموظفين المطلوبين باختلاف مستوى الرعاية الصحية المعني. وفيما يلي إرشادات تستند إلى المبادئ التوجيهية المستخلصة من كتاب أطباء بلا حدود بعنوان «صحة اللاجئين في حالات الطوارئ»، وتتعلق هذه الإرشادات بعدد الموظفين في كل من:

- **المجتمع المحلي**: ممرض زائر لعدد من السكان يتراوح بين ٥٠٠ و١٠٠٠ شخص؛ قابلة تقليدية واحدة لكل ٢٠٠٠ شخص؛ مشرف واحد لكل ١٠ ممرضين زائرين؛ مشرف كبير واحد.

- **مرافق الصحة الطرفية (لنحو ١٠ ٠٠٠ شخص)**: عاملان إلى ٥ عاملين، بالإضافة إلى عامل صحي مؤهل، على أساس توفير شخص واحد لكل ٥٠ استشارة طبية في اليوم؛ أشخاص مدربون في الموقع لمعالجة جفاف الجسم بتوفير محلول الإرواء، والتضميد والتسجيل وما إلى ذلك.

- **مرافق الصحة المركزية (من أجل نحو ٥٠ ٠٠٠ شخص)**: طبيب واحد لتشخيص الأمراض؛ عامل صحي واحد لكل ٥٠ استشارة

طبية في اليوم؛ عامل صحي واحد لـ ٢٠ ــــ ٣٠ سريراً (تناوب كل ٨ ساعات)؛ عامل صحي لعلاج جفاف الجسم بمحلول الإرواء؛ عامل أو عاملان للصيدلية؛ عامل أو عاملان للتضميد والحقن والتعقيم. عاملون غير طبيين: كاتب أو كاتبان؛ ما بين ١ و٣ حراس (تناوب كل ٨ ساعات)؛ منظفون.

- **المستشفى التخصصي**: يمكن أن يتفاوت عدد الموظفين المطلوبين حسب المستشفى، ولكن ينبغي أن يكون هناك على الأقل طبيب واحد وممرضة واحدة لـ ٢٠ ــــ ٣٠ سريرا (تناوب كل ٨ ساعات).

٥- ***اللوازم الدنيا لتقديم الخدمات الأولية:*** إن الغرض من هذا البرنامج هو تفادي آثار العنف الجنسي ومعالجتها، والحد من انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، وتفادي زيادة الأمراض والوفيات بين الرضع والأمهات، بالإضافة إلى التخطيط لتوفير خدمات شاملة في مجال صحة الإنجاب. وينبغي أن يقوم بتنفيذ هذا البرنامج موظفون تلقوا تدريباً مناسباً، وذلك اعتباراً من المراحل الأولى لعملية الإغاثة. وينبغي تنسيق تنفيذ هذا البرنامج مع الوكالات الإنسانية ومجالات العمل الإنساني الأخرى وينبغي أن تتضمن الآتي: إبلاغ خدمات الصحة بحالات العنف الجنسي؛ توفير اللوازم الضرورية للوقاية (كالقفازات والملابس الواقية والتخلص من الأدوات الحادة)؛ كميات كافية من العوازل الذكرية من أجل السكان المتضررين؛ ولوازم الوضع النظيفة للولادات.

٦- ***تدابير الوقاية العامة:*** ينبغي أن تشمل هذه التدابير الرامية إلى الوقاية من العدوى والحد من انتشارها، إجراءات للحد من انتقال فيروس الإيدز. وقد يحتاج العاملون في مجال الصحة إلى تدريب أو إعادة تدريب في هذا المجال. (أنظر أيضاً معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ٢: التحقق والمكافحة، والملاحظة التوجيهية رقم ٧ بشأن الوقاية من فيروس الإيدز.)

٧- ***تعزيز خدمات الصحة المحلية:*** ينبغي أن تسعى الوكالات الإنسانية خلال مرحلة الطوارئ وبعدها، إلى تعزيز خدمات الصحة المحلية

بدلا من إنشاء خدمات منفصلة (أنظر معيار مؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم رقم ٣: المؤهلات المحلية).

٨- ***استخدام المرافق الطبية:*** ينبغي مراعاة العوامل التي تؤثر في اللجوء إلى المرافق الطبية واستخدامها. ويمكن أن تضم هذه العوامل الجوانب الثقافية أو المشاغل الأمنية في حالات النزاع. وبالرغم من أنه ينبغي أن يُنظر إلى توفير الرعاية الصحية كعمل محايد، فإن الأطراف المتحاربة لا تنظر إليه هذه النظرة دائماً، وبالتالي فقد تصبح مرافق الصحة هدفا للهجوم المسلح. ولذا ينبغي مراعاة هذه العوامل عند اختيار موقع هذه المرافق والتوظيف فيها.

ملاحظة:

تجدر الإشارة إلى أن أعضاء منظمة كاريتاس لا يؤيدون الملاحظة التوجيهية رقم ٧ الخاصة باستخدام العوازل الذكرية في إطار مكافحة الأمراض المعدية، كما أنهم لا يؤيدون الملاحظة التوجيهية رقم ٥ بشأن برنامج الخدمات الأولية الدنيا الوارد في القسم المتعلق بخدمات الرعاية الصحية.

٥- مؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم

تتوقف كل جوانب المساعدة الإنسانية على مهارات ومعارف والتزام الموظفين والمتطوعين الذين يعملون في ظروف شديدة الصعوبة وغير آمنة أحيانا. ويمكن أن يُطلب من هؤلاء الأشخاص الكثير. وبالتالي، إذا أريد منهم أن ينفذوا عملهم بما يكفل بلوغ المعايير الدنيا للعمل الإنساني، فلا بد أن يتمتعوا بالخبرة والتدريب المناسبين وأن تكفل لهم وكالتهم المساعدة والدعم اللازمين

معيار المؤهلات رقم ١: الكفاءة

ينبغي أن يُنفذ العمليات المرتبطة بالصحة موظفون ذوو مؤهلات وخبرات مناسبة لأداء المهام المسندة إليهم كما ينبغي أن تقدم لهم المساعدة الإدارية والدعم المناسبين.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يكون كافة الموظفين الذين يعملون في تقديم خدمات الصحة على علم بالغرض من الأنشطة التي يطلب منهم تنفيذها وأسلوب تنفيذها.
- ينبغي أن يحصل الموظفون ذوو المسؤوليات التقنية والإدارية على الدعم المناسب الذي يُمّكنهم من اتخاذ القرارات المهمة على أساس سليم والتحقق من فائدتها.
- ينبغي أن يضطلع موظفون ذوو مؤهلات تقنية مناسبة (علم الوبائيات، الماء، الإصحاح، الغذاء، التغذية، المأوى، الرعاية الصحية) وخبرة

سابقة في مجال الطوارئ بعمليات الحصر الأولي للاحتياجات وإعداد عمليات الإغاثة واتخاذ القرارات التقنية المهمة.

- ينبغي أن يتلقى الموظفون والمتطوعون الذي يعملون في مجال المراقبة (في إطار حصر الاحتياجات أو الرصد أو الاستعراض) معلومات مفصلة وأن يجري الإشراف على عملهم بانتظام.
- ينبغي أن يكون للموظفين المسؤولين عن مكافحة الأمراض المعدية وعن تقديم خدمات الرعاية الصحية للسكان المتضررين، خبر سابقة أو أن يكونوا قد تلقوا تدريباً على ذلك. وينبغي مراقبة تطبيقهم لبروتوكولات وإرشادات وإجراءات العلاج التي يوصى باستعمالها.
- ينبغي أن يكون الموظفون والمتطوعون على وعي بقضايا التكافؤ بين الجنسين ضمن السكان المتضررين، وأن يكونوا على دراية بطريقة الإبلاغ بحوادث العنف الجنسي.
- ينبغي أن يقترن توفير كل الإمدادات أو المعدات الطبية الجديدة بالشرح المستفيض وأن يخضع للمراقبة.
- ينبغي أن يتمتع موظفو برنامج التطعيم بالقدرات اللازمة لتنفيذ البرنامج بما في ذلك تقديم المشورة للسكان بشأن مضاعفات اللقاح وغير ذلك من المعلومات المناسبة.
- ينبغي أن تقترن إجراءات الصحة ذات الأهداف المحددة بمبادئ توجيهية وبروتوكولات مكتوبة.
- ينبغي أن يخضع علاج الأمراض أو الإصابات الخطيرة لإشراف طبيب مؤهل وذي خبرة يكون قد تلقى تدريبا محددا في هذا المجال.
- ينبغي أن يتمتع العاملون في مجال التغذية و/أو العاملون في مجال التوعية الذين لهم اتصال بالأشخاص الذين يعانون من سوء تغذية معتدل أو بالقائمين على رعايتهم (في المنزل ومراكز التغذية والعيادات وغيرها) بالقدرة على توفير المشورة والدعم اللازمين.
- ينبغي أن يتمتع موظفو الصحة بالقدرة على تقديم المشورة للأمهات ومقدمي الرعاية بشأن التغذية المناسبة التي ينبغي توفيرها للرضع وصغار الأطفال وغير ذلك من الممارسات ذات الأولوية.

معيار المؤهلات رقم ٢: الدعم

ينبغي أن يتلقى أفراد السكان المتضررين من الكوارث الدعم المناسب لتمكينهم من التكيّف مع بيئتهم الجديدة واستخلاص أكبر فائدة ممكنة من المساعدة التي يتلقونها.

مؤشرات أساسية

- ينبغي أن يكون مقدمو الرعاية على علم بأنشطة الوقاية ذات الأولوية كالحاجة إلى التطعيم واستخدام الصابون والملاءات والمراحيض والحاجة إلى اتباع سلوك سليم في مجال النظافة.
- ينبغي إبلاغ جميع أفراد السكان المتضررين بوجود العاملين في صحة المجتمع والممرضين الزائرين وبموقع مرافق الصحة وخدماتها.

معيار المؤهلات رقم ٣: المؤهلات المحلية

ينبغي أن تستعين عمليات الرعاية الصحية الطارئة بالقدرات والمهارات المحلية وأن تعمل على تحسينها.

مؤشرات أساسية

- ينبغي إشراك مهنيو الصحة المحليون والعاملون في مجال الصحة والزعماء والسكان المتضررون، نساءً ورجالاً، في تنفيذ أنشطة الإغاثة في مجال الصحة.
- ينبغي أن يفهم الموظفون أهمية تعزيز قدرات نظام الصحة المحلي في الأجل الطويل.
- ينبغي الاستفادة من مهارات الشركاء المحليين والمؤسسات المحلية وقدرات السكان المتضررين أنفسهم خلال مرحلة تنفيذ برامج المساعدة الإنسانية.
- ينبغي توفير التدريب للعاملين في مجال التوعية في المجتمع المحلي.

مبادئ توجيهية

١- *أنظر:* ODI/people in Aid (1998), Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel. (مدونة أفضل الممارسات في مجال إدارة شؤون الموظفين العاملين في مجال المعونة ودعمهم).

٢- ***العلاقة بمجال التغذية:*** أنظر أيضاً الفصل ٢، التغذية، معيار مؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم رقم ١.

٣- ***التوظيف:*** ينبغي أن يكون للموظفين والمتطوعين مؤهلات تتناسب والمهام التي تسند إليهم. وينبغي أن يكونوا أيضاً على علم بأهم جوانب اتفاقيات حقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني *والمبادئ التوجيهية بشأن النزوح الداخلي* (أنظر الميثاق الإنساني).

ويُعد التدريب والدعم في إطار التأهب لحالات الطوارئ عنصراً مهماً لضمان توفير موظفين مهرة قادرين على توفير خدمات عالية الجودة. وبالنظر إلى تعذر ضمان التأهب للطوارئ في بلدان عديدة، ينبغي للوكالات الإنسانية أن تضمن انتقاء موظفين مؤهلين وأكفاء وتدريبهم بشكل مناسب قبل إيفادهم المحتمل في بعثة طوارئ.

وينبغي للوكالات، عند إيفاد الموظفين والمتطوعين، أن تسعى إلى ضمان التوازن بين عدد النساء والرجال في فرق الطوارئ.

المرفق ا

مراجع مختارة

الحصر الأولي للاحتياجات الصحية

IFRC (1997), *Handbook for Delegates. Needs Assessment, Targeting Beneficiaries*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Geneva.

MSF (1996), *Evaluation Rapide de l'Etat de Santé d'une Population Déplacée ou Refugiée*. Médecins Sans Frontières. Paris.

RHR Consortium (1997), *Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools*. Reproductive Health for Refugees Consortium. New York.

WHO (1999), *Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies*. World Health Organization. Geneva.

UNHCR (1994), *People-Oriented Planning at Work: Using POP to Improve UNHCR Programming*. UNHCR. Geneva.

نظام المعلومات الخاصة بالصحة

WHO (1997), *Communicable Disease Surveillance Kit*. World Health Organization. Geneva.

WHO (1999), *Recommended Surveillance Standards* (WHO/CDS/ISR/99.2). World Health Organization. Geneva.

مكافحة الحصبة

WHO (1997), *Immunization in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines*. Macmillan. London.

WHO (1998), *Integration of Vitamin A Supplementation With Immunization: Policy and Programme Implications* (WHO/EPI/GEN/98.07). World Health Organization. Geneva.

WHO (1996), *Safety of Injections in Immunization Programs. WHO Recommended Policy*. (WHO/EPI/LHIS/96.05). World Health Organization. Geneva.

WHO (1997), *Surveillance of Adverse Events Following Immunization*. (WHO/EPI/TRAM/93.02 Rev.1). World Health Organization. Geneva.

مكافحة الأمراض المعدية

Benenson, A S (1995), *Control of Communicable Diseases in Man*. American Public Health Association. Washington, DC. 16th edition.

UNAIDS (1998), *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*. UNAIDS. Geneva.

خدمات الرعاية الصحية

MSF (1993), *Clinical Guidelines, Diagnostic and Treatment Manual*. Médecins Sans Frontières. Paris.

MSF (1997), *Refugee Health, An Approach to Emergency Situations*. Macmillan. London.

Perrin, P (1996), *War and Public Health. Handbook on War and Public Health*. International Committee of the Red Cross. Geneva.

UNDP/IAPSO (1999), *Emergency Relief Items, Compendium of Basic Specifications*. United Nations Development Programme. New York.

UNFPA (1998), *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations*. United Nations Population Fund Emergency Relief Operations. Geneva.

UNHCR (1999), *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*. United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

UNCHR (1996), S*exual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response*. United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

WCRWC (1999), *Sexual Violence in the Kosovo Crisis: A Synopsis of UNHCR Guidelines for Prevention and Response*. Women's Commission for Refugee Women and Children. New York.

WHO (1999a), Guidelines for Drug Donations (WHO/EDM/PAR/99.4). World Health Organization. Geneva.

WHO (1999b), Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies (WHO/EDM/PAR/99.2). World Health Organization. Geneva.

WHO (1998) *HIV/AIDS and Health Care Personnel: Policies and Practices*. World Health Organization. Geneva.

WHO (1998), *The New Emergency Health Kit 1998. Lists of Drugs and Medical Supplies for 10,000 people for approximately three months*. World Health Organization. Geneva.

UNHCR/WHO(1996), *Guidelines for Drug Donations*. World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

WHO (1998), *Essential Drugs. WHO Model List* (revised in December 1997), WHO Drug Information Vol 12, No 1. World Health Organization. Geneva.

WHO (1997), W*HO Drug Information. Recommended INN list. International Non-proprietary Names for Pharmaceutical Substances*. Vol I-III. World Health Organization. Geneva.

الموارد البشرية

Overseas Development Institute/People In Aid (1998), *Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel*. ODI/People In Aid. London.

قضايا التكافؤ بين الجنسين

WCRWC/UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement*. Women's Commission for Refugee Women and Children. New York.

المرفق ٢

نموذج استبيان للحصر الأولي للحالة الصحية

(تم اقتباسه وتعديله من «مراكز الوقاية من الأمراض ومكافحتها (١٩٩٢):
Famine-Affected, Refugee, and Displaced populations: Recommendations for Pubic Halth Issues. MMWR (RR-13), July.)

(اللاجئون والنازحون الذين يعانون من المجاعة: توصيات من أجل الصحة العامة).

التحضير

- ينبغي جمع المعلومات المتاحة عن السكان المتضررين والموارد اللازمة من وزارات ومنظمات البلد المضيف.
- ينبغي الحصول على الخرائط أو الصور الجوية المتاحة.
- ينبغي الحصول على بيانات ديمغرافية وصحية من المنظمات الدولية.

حصر الاحتياجات في الموقع

- ينبغي تحديد مجموع السكان المتضررين من الكارثة ونسبة الأطفال الذين يقل سنهم عن ٥ أعوام في هذا المجموع.
- ينبغي تصنيف السكان حسب سنهم وجنسهم.
- ينبغي تحديد فئات السكان الأكثر تعرضا للخطر.
- ينبغي تحديد متوسط حجم الأسرة وعدد الأسر التي تترأسها النساء والأطفال.

معلومات خاصة بالصحة

- ينبغي تحديد مشكلات الصحة الأولية في البلد الأصلي، إذا كانت عملية الإغاثة تشمل مجموعة من اللاجئين.

- ينبغي تحديد مشكلات الصحة الأولية في المناطق المعرضة للكوارث عندما لا تشمل عملية الإغاثة أشخاصا لاجئين.
- ينبغي تحديد مصادر الرعاية الصحية السابقة.
- ينبغي الكشف عن أهم المعتقدات والتقاليد والممارسات في مجال الصحة
- ينبغي تحديد الهيكل الاجتماعي القائم والبعد النفسي والاجتماعي للوضع.
- ينبغي تحديد أوجه القوة في برامج الصحة العامة المحلية ومدى تغطيتها للسكان المتضررين في بلدهم الأصلي.

الحالة الغذائية

- ينبغي تحديد مدى انتشار نقص الطاقة المستمدة من البروتين بين السكان دون سن خمس سنوات.
- ينبغي تحديد الحالة الغذائية السابقة.
- ينبغي تحديد التوزيع الهرمي للأغذية وتأثيره في الحالة الغذائية للنساء من مختلف الفئات الاجتماعية وفئات الأعمار.
- ينبغي تحديد مدى انتشار نقص العناصر المغذية الدقيقة بين السكان دون سن ٥ سنوات.

معدل الوفيات

- ينبغي حساب معدل الوفيات الإجمالي (معدل الوفيات الخام).
- ينبغي حساب معدل الوفيات بين الأطفال دون سن ٥ سنوات (معدل الوفيات الخاص بالأطفال دون سن ٥ سنوات).
- ينبغي حساب معدلات الوفيات حسب السبب.

المرض

- ينبغي تحديد معدلات انتشار أهم المشكلات الصحية والأمراض التي تؤثر في الصحة العامة، بما في ذلك العنف الجنسي والاغتصاب، حسب العمر والجنس.

الظروف البيئية

- ينبغي تحديد الظروف المناخية والسمات الجغرافية والكشف عن وبائيات الأمراض المحلية وتقدير مستوى انعدام الأمن وانتشار العنف.
- ينبغي تقدير الإمدادات الغذائية المحلية والإقليمية والقطرية (من حيث الكمية والجودة والنوع)، وشبكات التوزيع وتنسيق الخدمات التي تقدمها المنظمات القائمة، ونقل المواد الغذائية وتخزينها، وبرامج التغذية والحصول على الإمدادات المحلية.
- ينبغي حصر المآوي القائمة ومدى توفر المواد اللازمة لبنائها محلياً، وإمكانيات الوصول إليها ومساحة الأرض المتاحة ومواقع البناء، وتضاريس الموقع وسهولة صرف المياه فيه، والبطاطين والملابس واللوازم المنزلية والوقود والماشية والنقود.
- ينبغي تحديد وتقييم مصادر المياه وكميتها وجودتها وإمكانيات نقلها وتخزينها.
- ينبغي تقييم ظروف الإصحاح، بما في ذلك ممارسات التغوط، استعمال الصابون، نواقل الأمراض والجرذان ومواقع الدفن.

الموارد المتاحة

- ينبغي تحديد وتقييم خدمات الصحة المحلية بما في ذلك: الوصول إلى المرافق؛ العاملون في ميدان الصحة؛ المترجمون الفوريون؛ أنواع المرافق والهياكل؛ الماء؛ التبريد؛ مولدات الطاقة في المرافق؛ إمدادات العقاقير واللقاحات.

النقل والإمداد

- ينبغي تقييم إمكانيات النقل والحصول على الوقود وتخزين الأغذية واللقاحات وغير ذلك من الإمدادات، والاتصال.

المرفق ٣

نموذج استمارة لإعداد التقارير الأسبوعية للحالة الصحية

(ينبغي أن تستند الاستمارة التي ستستخدم بالفعل إلى استنتاجات الحصر الأولى للاحتياجات وتوصياته)

المكان: .... التاريخ: من .... إلى ....

١ - *السكان المتضررون من الكارثة*

أ) مجموع السكان في بداية الأسبوع: ....

ب) عدد الولادات خلال الأسبوع: ....

عدد الوفيات خلال هذا الأسبوع: ....

ج) عدد الوافدين هذا الأسبوع (في حال توافد أشخاص): ....

عدد الأشخاص الذين غادروا هذا الأسبوع: ....

د) مجموع السكان في نهاية الأسبوع: ....

هـ) مجموع السكان دون سن خمس سنوات: ....

٢- عدد الوفيات

عدد الوفيات	صفر - ٤ سنوات		خمس سنوات فما فوق		المجموع
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	
أمراض الإسهال					
الأمراض التنفسية					
سوء التغذية					
الحصبة					
الملاريا					
العوامل المتعلقة بالأمومة					
عوامل أخرى غير معروفة					
المجموع حسب العمر والجنس					
مجموع الذين يقل عمرهم عن ٥ سنوات					

متوسط مجموع الوفيات:

الذكور .... الإناث .... المجموع ....

(المعدل الأسبوعي لعدد الوفيات/ ١٠٠٠٠ شخص/ في اليوم) حسب السن والجنس

متوسط الوفيات دون سن خمس سنوات:

الذكور .... الإناث .... المجموع ....

(المعدل الأسبوعي لعدد الوفيات/ ١٠٠٠٠ شخص/ في اليوم)

٣- المرض

الأعراض الأولى/ التشخيص	صفر - ٤ سنوات ذكور	إناث	خمس سنوات فما فوق ذكور	إناث	المجموع
الإسهال/ فقدان السوائل					
حمى مصحوبة بسعال					
حمى مصحوبة بقشعريرة/ ملاريا					
الحصبة					
صدمة/ حادث					
احتمال إصابة بالتهاب السحايا					
احتمال الإصابة بالكوليرا					
أمراض أخرى/ غير معروف					
المجموع					

٤- تعليقات

....

....

....

....

....

....

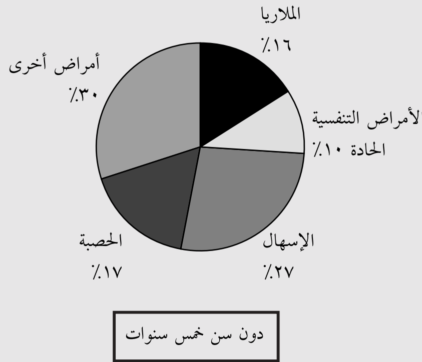
....

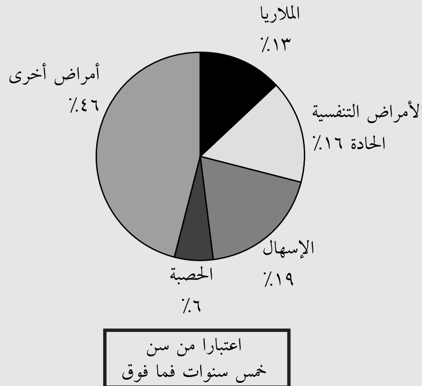
(يرجى الانتباه إلى أن هذه الاستمارات يمكن أن تتضمن معلومات عن الأمراض والوفيات مصنفة حسب العمر، يمكن استخدامها في نظام المعلومات الخاصة بالصحة. وينبغي استعمال فئات الأعمار التالية في هذا التصنيف: أقل من سنة، ١ ـــ ٤ سنوات، ٥ ـــ ١٥ سنة، ١٤ ـــ ٤٤ سنة، ٤٥ سنة فما فوق).

المرفق ٤

مثال استمارة لتسجيل الوفيات

نسبة الوفيات بين اللاجئين الموزامبيقيين
في ملاوي، ١٩٨٧ - ١٩٨٩





المصدر: MSF (1997), Refugee Health, an approach to emergency situations. Macmillan. London.

المرفق ٥

نموذج استمارة للطعيم ضد الحصبة

المكان: .... المسؤول عن التسجيل: ....

من ...... / ...... / .... إلى ...... / ..../.......
اليوم الشهر السنة اليوم الشهر السنة

• حملة التطعيم الجماعية ضد الحصبة

☐ نعم ☐ لا

• التطعيم ضد الحصبة في مراكز الصحة

☐ نعم ☐ لا

• عدد المشمولين بالتطعيم ضد الحصبة



مجموع السكان المستهدفين

عدد الذين تم تطعيمهم	حملة جماعية ألف		حملة جماعية باء		المجموع التراكمي للمشمولين بالتطعيم*
	العدد هذا الاسبوع	العدد التراكمي	العدد هذا الاسبوع	العدد التراكمي	
دون سن ٥ سنوات					
٥ سنوات فما فوق					
المجموع					

* حساب العدد التراكمي: ألف+ باء / السكان المستهدفون

تعليقات:

....

....

....

....

....

....

....

ملاحظة: يمكن استعمال هذه الاستمارة لحلمة تطعيم جماعية أخرى، بتغيير الاسم فقط.

المصدر: MSF (1997), *Refugee Health, an approach to emergency situations*. Macmillan. London.

المرفق ٦

نموذج استمارة معلومات عن الماء والإصحاح والبيئة

(ينبغي تكييف هذه الاستمارات مع الظروف الخاصة بكل حالة واستنادا إلى توصيات الحصر الأولي).

المكان: .... المسؤول عن التسجيل: ....

من ...... / ..... / .... إلى ..... / .... / ....

اليوم الشهر السنة اليوم الشهر السنة

• الماء

	لتر/ يوم	السكان	لتر/ شخص/ يوم	الهدف
إمدادات المياه				

	عدد مواقع المياه	السكان	عدد الأشخاص/ مواقع المياه	الهدف
إمدادات المياه				

• الصرف الصحي

	عدد المراحيض	السكان	الأشخاص/ المراحيض	الهدف
المراحيض				

• نسبة الاكتظاظ (المساحة/ الأشخاص)

	المساحة م٢	السكان	عدد الأمتار المربعة لكل شخص	الهدف
الاكتظاظ				

تعليقات :

....

....

....

....

....

....

....

المصدر: MSF (1997), *Refugee Health, an approach to emergency situations*. Macmillan. London.

المرفق ٧

نموذج استمارة للإبلاغ عن حالات العنف الجنسي

(ينبغي تكييف هذه الاستمارة مع كل حالة محددة)

سري

استمارة للإبلاغ بحالة عنف جنسي

المخيم: .... القائم بالإبلاغ: .... التاريخ: ....

١- الشخص المتضرر

الرقم: .... تاريخ الميلاد: .... الجنس: ....

العنوان: ....

الحالة المدنية: ....

إذا كان الشخص قاصرا: الرقم/ اسم الوالدين/ الوصي:

٢- الإبلاغ بالحادث:

المكان: .... التاريخ: .... الساعة: ....

وصف الحدث (تحديد نوع العنف الجنسي):

الأشخاص المعنيون:

٣- التدابير المتخذة

هل أجري فحص طبي: ☐ نعم ☐ لا ☐ من أجراه: ....

أهم الأعراض المشخصة والعلاج المقدم: ....

تم إبلاغ الموظف المسؤول عن الحماية: ☐ نعم ☐لا

يرجى بيان السبب في حال النفي: ....

يرجى بيان التدابير المتخذة في حال الإيجاب: ....

المشورة النفسية والاجتماعية المقدمة: ☐ نعم ☐ لا

من قدمها وما هي التدابير التي اتخذت: ....

٤- الخطوات التالية المقترحة

٥- خطة تعّقب الحالة

☐ التعّقب الطبي: ....

☐ المشورة النفسية والاجتماعية: ....

☐ الإجراءات القانونية: ....

* *يستحسن استخدام الرقم عوضاً عن الاسم لضمان سرية المعلومات.*




الجزء ٣
الملاحق





١- أهم المصطلحات المستعملة في هذا الكتاب

تقدم هذه القائمة تعاريف لأهم المصطلحات المستعملة في الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا لمواجهة الكوارث.

المساءلة

هي المسؤولية التي تقع على الوكالات الإنسانية بأن تبين للأشخاص المعنيين ـــ وأغلبهم من المتضررين من الكوارث ـــ بأنها تلتزم بمعايير متفق عليها في مجال تقديم المساعدة الإنسانية.

الكارثة

هي حالة يفقد فيها السكان سبل عيشهم الاعتيادية التي تكفل لهم حياة كريمة، وذلك على أثر وقوع كارثة طبيعية أو كارثة من صنع الإنسان.

الأشخاص/السكان المتضررون من الكوارث

هم جميع الأشخاص الذين باتت حياتهم أو صحتهم مهددة على أثر وقوع كارثة، سواء أكانوا نازحين أو مقيمين في موطنهم الأصلي.

التكافؤ بين الجنسين (الجنسانية)

يصف هذا التعبير الأدوار والمواقف والقيَّم التي تُنسبها الجماعات والمجتمعات إلى جنس أو آخر باعتبارها مناسبة لهذا الجنس أو ذاك. ولا يشمل هذا التعبير الخصائص الجنسية البيولوجية التي تميز الإناث عن الذكور.

الفئات المعرضة للخطر

هي الفئات المكونة من أشخاص شديدي التأثر بالظروف الخارجية.

الحكومة المضيفة

هي حكومة البلد الذي تُقدم فيه المساعدة الإنسانية.

الهيئة الإنسانية

هي منظمة تدعم عمليات تقديم المساعدة الإنسانية

الوكالة الإنسانية

هي منظمة غير حكومية محلية أو دولية، أو هيئة من هيئات الأمم المتحدة أو مؤسسة مانحة تقوم بدعم عمليات تقديم المساعدة الإنسانية عن طريق الأعمال التي تضطلع بها.

المساعدة الإنسانية

هي توفير الإمدادات الأساسية التي تلبي احتياجات السكان إلى الماء والإصحاح والتغذية والغذاء والمأوى والرعاية الصحية.

المساعدة المحايدة

المساعدة الحقيقية هي تلك المساعدة التي تقدم على أساس الحاجة وحدها دون تمييز قائم على العرق أو العقيدة أو الجنسية أو الجنس أو السن أو العجز البدني أو العقلي.

المؤشرات

هي «علامات» تبين ما إذا كان قد تم الالتزام بمعيار محدد أم لا. وتوفر المؤشرات طريقة لقياس وبيان وقع أو نتيجة برامج معينة فضلاً عن الأساليب أو الطرق المتبعة في تنفيذها. وتُقسم المؤشرات إلى مؤشرات نوعية وأخرى كمية.

السلطات المحلية

هي الحكومة أو القادة المعترف بمسكهم لزمام الأمور في المنطقة أو البلد الذي يستقبل السكان المنكوبين.

المعايير الدنيا للعمل الإنساني

هي الحد الأدنى (للخدمات) الذي ينبغي بلوغه في مختلف مجالات المساعدة الإنسانية.

العنف الجنسي

هو كل أشكال التهديد والاعتداء الجنسي والعنف العائلي والتدخل والاستغلال بما في ذلك الدعارة الإجبارية واغتصاب القاصرين وإساءة معاملتهم، دون إلحاق أذى أو دون اتصال بدني بالضرورة.

الموظفون

هم العاملون في الوكالات الإنسانية.

الجهة المعنية

هي أي جهة تستفيد من المساعدة الإنسانية أو تسهم في توفيرها.

المبدأ الإنساني

هو المبدأ الذي يُراد من خلاله تفادي المعاناة أو التخفيف من حدتها وحماية الحياة والصحة واحترام كرامة الإنسان.

الشفافية

هي إمكانية الإطلاع على نشاط الوكالات الإنسانية ونُظمها ومعلوماتها دون عائق.

٢- أهم الهيئات والمنظمات الإنسانية التي ورد ذكرها في هذا الكتاب

- لجنة التنسيق الإدارية واللجنة الفرعية المعنية بالتغذية التابعتين للأمم المتحدة
- عمل الكنائس معاً
- شبكة التعلم الفعال من أجل المساءلة.
- مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها
- لجنة المساعدات الإنمائية
- منظمة الأغذية والزراعة
- مكتب وحدة خدمات المشتريات المشتركة بين الوكالات
- اللجنة الدولية للصليب الأحمر
- مؤسسة التغذية الدولية من أجل البلدان النامية
- الاتحاد اللوثري العالمي
- مجموعة الحد الأدنى من الخدمات الأولية
- منظمة أطباء بلا حدود
- المركز الوطني لإحصائيات الصحة
- المنظمات غير الحكومية
- مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية
- منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي

- مكتب الإغاثة في حالات الكوارث في الخارج (وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية)
- قطاع البرنامج والدعم التقني (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)
- لجنة مراقبة الاستجابة الإنسانية
- برنامج الأمم المتحدة للتنمية
- منظمة الأمم المتحدة للإغاثة في حالات الكوارث
- برنامج الأمم المتحدة للبيئة
- مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين
- صندوق الأمم المتحدة للطفولة
- وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية
- اللجنة النسائية للاجئين من النساء والأطفال
- برنامج الأغذية العالمي
- منظمة الصحة العالمية
- المنظمة العالمية للأرصاد الجوية

٣- شكر وتقدير

مشروع «اسفير»

فريق الموظفين

الرئيس، لجنة إدارة المشروع ــــ نيكولاس ستوكتوم، مؤسسة أوكسفام، المملكة المتحدة

منسق المشروع ــــ بيتر والكر، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، سويسرا

مديرة المشروع، المرحلة الأولى ــــ سوزان بوردين، سويسرا

مديرة المشروع، المرحلة الثانية ــــ نان بوزار، سويسرا

مسؤولة مساعدة في المشروع، المرحلة الثانية ــــ كاثرين بلوم، سويسرا

المسؤولة عن التدريب، المرحلة الثانية ــــ سين لوري، المملكة المتحدة

لجنة إدارة المشروع

جيمس بيشوب، المجلس الأمريكي للعمل الدولي التطوعي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ بديتر هاوكينس، رابطة إنقاذ الأطفال، المملكة المتحدة ◊ غراهام ميلر، تعاونية الإغاثة الأمريكية الدولية في كل مكان، سويسرا ◊ جان ماري كيندمان، منظمة أطباء بلا حدود، بلجيكا ◊ ريبيكا لارسون، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، سويسرا ◊ جياني روفينين، منظمة فويس، بلجيكا ◊ نانسي ليندبورغ، هيئة الرحمة الدولية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ميريام لوتز، عمل الكنائس معاً، سويسرا ◊ جيرالد مارتوني، اللجنة الدولية للإنقاذ، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جويل مكليلان، لجنة الاستجابة الإنسانية، سويسرا ◊ بيير بيران، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، سويسرا ◊ أد شنكنبرغ، المجلس الدولي للوكالات الطوعية، سويسرا ◊ كاريل زيلنكا، الاتحاد الدولي للجمعيات الخيرية والاجتماعية الكاثوليكية (مؤسسة كاريتاس الدولية)، مدينة الفاتيكان.

الجهات المانحة

إلى جانب المساهمات التي قدمتها المنظمات الأعضاء في لجنة التنسيق الإنسانية والمجلس الأمريكي للعمل الدولي التطوعي عبر منحة وفرتها مؤسسة فورد، قدمت المنظمات التالية تمويلا مشروع «اسفير»:

الوكالة الاسترالية للتنمية الدولية ◊ وزارة التنمية في بلجيكا ◊ الوكالة الكندية للتنمية الدولية ◊ وكالة المساعدة الدانمركية للتنمية الدولية ◊ وزارة المملكة المتحدة للتنمية الدولية ◊ مكتب المجموعة الأوروبية للشؤون الإنسانية ◊ دائرة المساعدة الإنسانية في وزارة الخارجية الهولندية ◊ وزارة الشؤون الخارجية والتجارة في نيوزلندة ◊ الوكالة السويدية للتعاون الإنمائي الدولي ◊ الوكالة السويسرية للتعاون والتنمية ◊ مكتب شؤون السكان واللاجئين والهجرة في وزارة الداخلية في الولايات المتحدة الأمريكية ◊ وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، مكتب المساعدة على مواجهة الكوارث في الخارج.

الفصل ١: توفير الماء والإصحاح

المسؤول عن هذا المجال: جون آدمز،
مؤسسة أوكسفام، المملكة المتحدة

يود السيد جون آدمز وأعضاء مشروع «اسفير» أن يعبروا عن خالص شكرهم لأعضاء فريق الاستعراض التالية أسماؤهم، على مساهمتهم في إعداد هذا الفصل:

ريكاردو كونتي، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، سويسرا ◊ أريك دروارت، منظمة مكافحة الجوع، فرنسا ◊ جيف أيمس، تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان (كيير)، المملكة المتحدة ◊ ديني هاديبروك، منظمة أطباء بلا حدود، هولندا ◊ أولي جاسبرز، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (الاتحاد الدولي)، سويسرا ◊ ريشارد لوف، أوكسفام، بريطانيا العظمى والمملكة المتحدة ◊ دانيال مورا كاسترو، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ كلود روتوكومالا، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ بول شيرلوك، أوكسفام، بريطانيا العظمى والمملكة المتحدة.

أشخاص آخرون ساهموا في إعداد هذا الفصل

آستيه آلميدوم، مدرسة لندن للصحة والطب المداري، المملكة المتحدة ◊ آندي باستابيل، أوكسفام، المملكة المتحدة ◊ إيفلين بولت، المركز الدولي للماء والإصحاح، هولندا ◊ بول بورسبوم، رابطة نساء جنوب آسيا، التجارة الزراعية، هولندا ◊ برنارد بروغتون، خدمات الإغاثة الإنمائية، استراليا ◊ ساندي كايرنكروس، مدرسة لندن للصحة والطب المداري، المملكة المتحدة ◊ آرت كارلسون، اللجنة الدولية للإنقاذ، رواندا ◊ شانيوفيسدا، الرعاية المسيحية (عمل الكنائس معاً)، زمبابوي ◊ دزموند شافاس، مدرسة لندن للصحة والطب المداري، المملكة المتحدة ◊ سارا دافيدسون، المساعدة الشعبية، المملكة المتحدة ◊ توم دي فير، مستشار مستقل، هولندا ◊ فلورينس ديسكاك، منظمة مكافحة الجوع، كوت ديفوار، فرنسا ◊ بن فاوسيت، معهد دراسات الري في جامعة ساوثآمبتن، المملكة المتحدة ◊ سوزان فيرون، مستشارة مستقلة ◊ تيم فوستر، المهندسون من أجل الإغاثة في حالات الكوارث، سويسرا ◊ بيار فوركاسيه، منظمة مكافحة الجوع، كوت ديفوار، فرنسا ◊ بانتياهيون هايلي، اللجنة الأمريكية للاجئين، رواندا ◊ آلندن هندرسن، فرع دراسات الصحة، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، المركز الوطني للصحة البيئية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ روبرت هوغسون، جامعة اكستر، المملكة المتحدة ◊ مارك هوغان، منظمة كونسيرن العالمية، إيرلندا ◊ سارا هاوس، فريق التنمية المعني بالمياه والهندسة، جامعة لوغبورو للتكنولوجيا، المملكة المتحدة ◊ مودهاكيرو كاتاكويبا، أوكسفام، تنزانيا ◊ فينسانت كوخ، أوكسفام المملكة المتحدة وإيرلندا، أنغولا ◊ بوبي لامبرت، المهندسون من أجل الإغاثة في حالات الكوارث، المملكة المتحدة ◊ سو ليم، دي.أر. آ.،هولندا ◊ بيتر لوشري، تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ وولدو ماهاري، أوكسفام، المملكة المتحدة ◊ دونكان مارا، قسم الهندسة المدنية بجامعة ليدز، المملكة المتحدة ◊ لورا ماركس، اللجنة الدولية للإنقاذ، الولايات المتحدة الأمريكية◊ توم مك آلون، اللجنة الدولية للإنقاذ، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ بوب رييد،، فريق التنمية المعني بالمياه والهندسة، جامعة لوغبورو للتكنولوجيا، المملكة المتحدة ◊ فيليب ري، اللجنة الدولية للصليب الاحمر، سويسرا ◊ ليس روبرت، مستشار مستقل، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ دافيد

سوندرز، اللجنة الدولية للإنقاذ، المركز الدولي للماء والإصحاح، هولندا ◊ ستيفان سبانغ، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، سويسرا ◊ مادلين تومسون، نظم المعلومات البيئية الخاصة بالملاريا والتهاب السحايا، مدرسة ليفربول للطب المداري، المملكة المتحدة ◊ روجر ياتس، أوكسفام، تنزانيا ◊ أطباء بلا حدود، بلجيكا.

الفصل ٢: التغذية

المسؤولة عن هذا المجال: لولا غوستيلو، صندوق إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة

المسؤولة عن البحوث: آنا تيلور، صندوق إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة

تود السيدة لولا غوستيلو وأعضاء مشروع «اسفير» التعبير عن شكرهم للأشخاص التالية أسماؤهم، على مساهمتهم الملموسة في إعداد هذا الفصل:

كن بايلي، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ ريتا بهاتيا، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ آنالي بوريل، منظمة كونسيرن العالمية، أيرلندا ◊ آن كالانان، برنامج الأغذية العالمي أيطاليا ◊ مايكل غولدن، جامعة أبردين، المملكة المتحدة ◊ إيفون غريليتي، منظمة مكافحة الجوع، فرنسا ◊ سوزان جاسبرز، مستشارة مستقلة، المملكة المتحدة ◊ ماريون كيلي، وزارة التنمية الدولية في المملكة المتحدة ◊ كلير شوفيلد، مدرسة لندن للصحة والطب المداري، المملكة المتحدة ◊ جون سيمان، صندوق إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة ◊ جيريمي شوهام، مستشار مستقل، المملكة المتحدة ◊ آرنولد تيمر، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ ساسكيا فان در كام، أطباء بلا حدود، هولندا ◊ زيتا فايس برينزو منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ هيلين يونغ، أوكسفام، بريطانيا العظمى والمملكة المتحدة.

أشخاص آخرون ساهموا في إعداد هذا الفصل

كارلا أبو ظهر، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ ليسلي آدمز، أوكسفام، بريطانيا العظمى ◊ تهميد أحمد، المركز الدولي للبحوث الخاصة بأمراض الإسهال، بنغلاديس ◊ دافيد آلنويك، صندوق الامم المتحدة لرعاية

الطفولة (اليونيسيف) ◇ آنيسول أنوال، وزارة الصحة ورعاية الأسرة، بنغلاديس ◇ اقبال أنور رعد، المشروع الحضري، بنغلاديس ◇ جوديت أبليوتون، مستشارة مستقلة، المملكة المتحدة ◇ سيلينا باجراكتاريفيك، اليونيسيف، البوسنة ◇ تيريزا باندا، وزارة الصحة في ملاوي ◇ هيلاري باروان، برنامج التنمية الاجتماعية لكنسية بنغلاديش، بنغلاديش ◇ جورج بيتون، مستشار مستقل، كندا ◇ ناتان بيليت، ورلد فيجن ◇ كريس برسن مرلين، المملكة المتحدة ◇ أمينول حق بويان، جامعة داكا، بنغلاديش ◇ جون بورتون، معهد التنمية لما وراء البحار، المملكة المتحدة ◇ دومينيك بوني، معهد ليل للأغذية والزراعة، فرنسا ◇ فرانسيسكو برانكا، المعهد الوطني للتغذية، إيطاليا ◇ آندري بريند، المعهد الوطني للصحة والبحوث الطبية، فرنسا ◇ فينسنت بروان، آبيسنتر، فرنسا ◇ كات بروك، عيادة د. سينتيا، تايلند ◇ جودي بريزون، آفريكير، الولايات المتحدة الأمريكية ◇ آن بورغيس، مستشارة مستقلة، المملكة المتحدة ◇ برينت بورخولدر، مراكز الوقاية من الأمراض ومكافحتها، الولايات المتحدة الأمريكية ◇ كريستين كامبريزي، برنامج الأغذية العالمي، الصومال ◇ كاثي كارتر، معهد صحة الطفل، المملكة المتحدة ◇ جيني سرفينسكاس، مبادرة المغذيات الدقيقة، كندا ◇ جين شارونروك وأورايبورن شيتشانغ، جامعة ماهيدول، تايلند ◇ فرانسواز غوم، منظمة ساستين، الولايات المتحدة الأمريكية ◇ يان كريستوفولوس، السلطة السويدية للتنمية الدولية، السويد ◇ آد كلي، معهد التنمية لما وراء البحار، المملكة المتحدة ◇ ويليام كلاي، منظمة الأغذية والزراعة، إيطاليا ◇ غريم كلوكستون، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◇ كارين كودلينغ، اليونيسيف، تايلند ◇ بروس كوغيل، تنفيذ برامج الوقاية من الإيدز ورعاية المصابين به ◇ مارك كوهين، معهد الخبز من أجل العالم ◇ ستيف كولينز، مستشار مستقل، المملكة المتحدة ◇ سوزان كوتر، منظمة الصحة العالمية، البوسنة ◇ جوان سيتي، اليونيسيف، الولايات المتحدة الأمريكية ◇ آريان كوردي، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، سويسرا ◇ هيلينا دالتون، اللجنة الدولية للإنقاذ، تايلند ◇ فرانس دافيدسون، وحدة التغذية في وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، الولايات المتحدة الأمريكية ◇ أوستن دافيس، كلية لندن للاقتصاد/ أطباء بلا حدود، المملكة المتحدة ◇ دانيال ديبوت، منظمة الصحة العالمية/ قطاع الطوارئ والعمل الإنساني، سويسرا ◇ فيكي دينمان، خدمات الإغاثة الكاثوليكية،

الولايات المتحدة الأمريكية ◊ بات ديسكيت، جامعة كرانفيلد، المملكة المتحدة ◊ رودا ألياسي، المجلس الاقتصادي الوطني، ملاوي ◊ مينديس إنغلاند، طرود الأغذية للعوائل، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ليندا أثانغاتا، اليونيسيف، عملية إنقاذ الحياة في السودان، كينيا ◊ مارجي فيريس موريس، وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية سابقا، الولايات المتحدة الأمريكية، آنا فيرو لوزي، المعهد الوطني للتغذية، إيطاليا ◊ لورديس فيدالغو، وزارة الصحة، موزامبيق ◊ آيدا فيليبوفيك، معهد الصحة العامة، سارايفو ◊ فيلما فريري، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ دافيد غارمز، طرود الأغذية للعوائل/ وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ فيرونيك جينايل، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، كينيا ◊ لاورا غيموند، برنامج إنقاذ الطفولة، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ أليستر هالام، معهد التنمية لما وراء البحار، المملكة المتحدة ◊ جون هاموك، جامعة توفتس، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ستيفن هانش، فريق سياسة اللاجئين، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ بيركو هاينونن، اليونيسيف، الصومال ◊ جيا هنري، جامعة أكسفورد بروكس، المملكة المتحدة ◊ هيجي هيتسبيرغ، الوكالة النرويجية للتعاون في مجال التنمية، النرويج ◊ معظم حسين، إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة، بنغلاديش ◊ جانيت ماري هادل، وورلد فيجن، كندا ◊ زهيد الاسلام، برنامج غرامين للصحة، بنغلاديش ◊ صافية جاما، اليونيسيف، الصومال ◊ أومانيك جاسنا، معهد الصحة العامة، البوسنة ◊ لينلي كارلتون، جامعة أوبسالا، السويد ◊ لوسون كاسامالي، الصليب الأحمر، ملاوي ◊ جوديت كاتونا آبتي، برنامج الأغذية العالمي، إيطاليا ◊ كاثي كراسوفيك، وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية ◊ فريد كوهيلا، برنامج مكافحة سوء التغذية، زامبيا ◊ ناتيهالاي لانمغ، الصليب الأحمر الأمريكي في ترات، تايلند ◊ بروس لورنس، ميرلين، المملكة المتحدة ◊ برنت ليندجورن، جامعة بيرجن، النرويج ◊ الدكتور لويشا، وزارة الصحة، تايلند ◊ ماري لوغاهو، خدمات الإغاثة الكاثوليكية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جين مكسكيل، نايروبي/ الصومال ◊ شارون مكدونالد، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، دائرة التغذية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ كانداراسي مالانونغ، وزارة الصحة العامة، تايلند ◊ غابرييل ماريتيم،

جامعة نايروبي، كينيا ◊ دافيد مارش، إنقاذ الطفولة، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ رابيا ماتاي، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، بنغلاديش ◊ فيداي ماولار، جمعية الخدمات الصحية التطوعية، بنغلاديش ◊ جيني مكماهون، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، كينيا ◊ جوديان مكنولتي، تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان ◊ كاثي ميرز، مستشارة مستقلة، المملكةالمتحدة ◊ دافيد مير، وورلد فيجن، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ أندريا مينيفي، اللجنة الدولية للإنقاذ، تايلند ◊ زهرة مرجاني، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، تنزانيا ◊ الشيخ محي الدين، مستشفى الدين، بنغلاديش ◊ آلن مورين، الشبكة الوطنية للصحة العامة، بلجيكا ◊ سول موريس، المعهد الدولي لبحوث السياسات الغذائية ◊ ياسمين مترجمي، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ ألين مويلهوفن منظمة الأغذية والزراعية، إيطاليا ◊ شيزورو نيشيدا، منظمة الصحة العالمية،سويسرا ◊ اريك نوجي، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ تد أوكادا، منظمة الغذاء من أجل الجائعين، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ بن أوكيش، وزارة الصحة، كينيا ◊ أوماوالي أوماوالي، اليونيسيف، جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية◊ مشروع فرص توفير العناصر المغذية الدقيقة لوكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية ◊ فيونا أوريلي، شبكة التغذية الطارئة، إيرلندا ◊ كريستوف باكيه، أبيسنتر، فرنسا ◊ آبي بارفانتا، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ كرس ومونيكا بيرسن، جامعة أوبسالا، السويد ◊ نينا بيلاي، معهد التنمية لما وراء البحار، المملكة المتحدة ◊ راشل بينيجر، جامعة تريبوفان، النيبال ◊ كلودين برودون، منظمة مكافحة الجوع، فرنسا ◊ راندي بروفيانس، الوكالة الأدفنتية العالمية للإغاثة والتنمية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ صونيا رابيناك، لجنة التنسيق الإدارية/ اللجنة الفرعية المعنية بالتغذية، سويسرا ◊ شاه محفوزور رحمان، معهد الصحة العامة، بنغلاديش ◊ آن رالت، إمباكت، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ أيما روبرتز، صندق رابطة الإغاثة الإنجليلية، المملكة المتحدة ◊ آنا دي روز، مكتب المجموعة الأوروبية للشؤون الإنسانية، بنغلاديش ◊ آلين روبرتسن، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي الأوروبي، الدنمرك ◊ أس. كا. روي المركز الدولي للبحوث الخاصة بأمراض الإسهال، بنغلاديش ◊ تيرينسي تايلور، إدارة المعونة الغذائية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ سيرج رواماسيرابو،

وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، رواندا ◊ آبدوس سابور، منظمة إنقاذ الأطفال، المملكة المتحدة، بنغلاديش ◊ أرمينيو ساكو، برنامج الأغذية العالمي، الصومال ◊ هيلين ساماتيبيلي، برنامج مكافحة سوء التغذية، زامبيا ◊ آندي سيل، معهد صحة الطفل، المملكة المتحدة ◊ ماري سيردولا، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ لويز سيرونجوكي، جامعة ماكيري، أوغندا ◊ د. شازاهان، معهد هيلين كيلر، بنغلاديش ◊ س. شاوو، مركز الغذاء والتغذية التنزاني، تنزانيا ◊ كاترين سياندوازي، أمانة الكومنويلث للصحة الإقليمية، تنزانيا ◊ سانغسوم سيناوات، وزارة الصحة العامة، تايلند ◊ خوسه سوليس، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ برنارد ستاوب، الخدمات المسيحية للاجئين في تانغانيكا، تنزانيا ◊ آن سويندالي، أمباكت، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ كيري سيلفستر، مستشار مستقل، موزامبيق ◊ جوديث تاغويرا، وزارة الصحة، زمبابوي ◊ تالوكدر، معهد الأم والطفل، بنغلاديش ◊ هايلي سيلاسي تيكي، جمعية التغري للإغاثة، أثيوبيا ◊ آندي تيمبون، صندوق إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة، رواندا ◊ آستر تسفاي، خدمات اللاجئين اليسوعية، أثيوبيا ◊ آندرو تومكينس، معهد صحة الطفل، المملكة المتحدة ◊ مايكل تول، مركز مكفارلان برونيت للبحوث الطبية، استراليا ◊ بنجامين تورون، معهد أمريكا الوسطى وبنما للتغذية، غواتيمالا ◊ ستيوارت ترنر، وورلد فيجن، المملكة المتحدة ◊ دانيال فال، الصليب الأحمر، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ آلبرتين فان در فين، مستشارة مستقلة، هولندا ◊ ميشال فان هرب، منظمة أطباء بلا حدود الدولية، بلجيكا ◊ فابيان فوتييه، منظمة أطباء بلا حدود، بلجيكا ◊ آنا فيرستر، منظمة الصحة العالمية/المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، مصر ◊ م. واحد، المركز الدولي للبحوث الخاصة بأمراض الإسهال، بنغلاديش ◊ جين والاس، لجنة التنسيق الإدارية/اللجنة الفرعية المعنية بالتغذية، سويسرا ◊ بونيون واراساي، وزارة الصحة العامة، تايلند ◊ فيونا واتسون، معهد صحة الطفل، المملكة المتحدة ◊ كاثي وات، مستشارة في مجال التغذية، المملكة المتحدة ◊ آليزابيث واستاواي، جامعة كارديف، المملكة المتحدة ◊ كارول ويليامز، مستشارة في مجال التغذية، المملكة المتحدة ◊ رقية عبد

إيلاهي يعقوب، اليونيسيف، السودان ◊ أوليفر يامبي، اليونيسيف، كينيا ◊ تايش يمر، منظمة إنقاذ الأطفال، المملكة المتحدة، إثيوبيا

الفصل ٣: المعونة الغذائية

المسؤول عن المجال: هارلان هالي،
تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان، الولايات المتحدة الأمريكية

يود هارلان هالي أن يعبر، مع مشروع «اسفير»، عن شكره للأشخاص التالية أسماؤهم لمساهمتهم الملموسة في إعداد هذا الفصل:

ريتا باهاتيا، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا◊ دلفين بوريون، برنامج الأغذية العالمي، إيطاليا ◊ آناليس بويل، منظمة كونسيرن العالمية، إيرلندا ◊ ريك برنان، مركز الامتياز في إدارة الكوارث ◊ لولا غوستيلو، صندوق إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة ◊ شارلز كيلي، مستشار مستقل ◊ إيزابيل لو نورمان، منظمة مكافحة الجوع، فرنسا ◊ توماس ريان، إدارة المعونة الغذائية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ آن رالتي، مستشارة لدى وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ آنا تايلور، صندوق إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة.

أشخاص آخرون ساهموا في إعداد هذا الفصل

ابراهيم بارفانتا، مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ليسلي آدمز، مستشارة مستقلة ◊ ريناتا بيكر، مؤسسة العمل الزراعي الألماني ◊ فرانسوا بالانجر، إبيسنتر، فرنسا ◊ بوب بيل، تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان ◊ مارك بودين، إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة ◊ آن غالانان، برنامج الأغذية العالمي، إيطاليا ◊ ثوريك سيديرستروم، إنقاذ الطفولة، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جيندرا سيكان، خدمات الإغاثة الكاثوليكية ◊ وليان كلاي، منظمة الأغذية والزراعة ـــ التغذية ◊ بروس كوجيل، مشروع امباكت، وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية ◊ جيم كورنيليوس، مصرف الحبوب الغذائية الكندي ◊ آنيغري دي روس، مستشار مستقل ◊ سيرج ديبوتر، منظمة أطباء بلا حدود الدولية، بلجيكا ◊ آنيس دور، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، سويسرا ◊ تم فرانكبرجر، تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان، الولايات المتحدة

الأمريكية ◊ جورج فريركس، الجامعة الزراعية واجينينغن، هولندا ◊ ميشيل غولدن، جامعة آبردين، المملكة المتحدة ◊ جنيفر غريف، إدارة المعونة الغذائية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ايفون غريليتي منظمة مكافحة الجوع، فرنسا ◊ ديف هاجن، وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية/ طرود الأغذية للعوائل◊ ستيف هانش، مستشار مستقل ◊ دافيد غارمز، وكالة الولايات المتجدة للتنمية الدولية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ سوزان جاسبارز، مستشارة مستقلة، المملكة المتحدة ◊ آل كيلير، مصرف الحبوب الغذائية الكندي ◊ ماريون كيلي، وزارة التنمية الدولية، المملكة المتحدة ◊ آندريس لاديكارل، المجلس الدانمركي للاجئين، الدانمرك ◊ لورن لانديس، صندوق إنقاذ الطفولة، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ فرانسواز ليدرو، فويس، بلجيكا ◊ سين لوري، تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان، كندا ◊ ماري لونغاهو، خدمات الإغاثة الكاثوليكية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ فرانسس ماسون، منظمة مكافحة الجوع، فرنسا ◊ بول موريس بولانجيه، الرابطة الأسبانية للتعليم الخاص ◊ كاثرين ميرس، مستشارة مستقلة، المملكة المتحدة ◊ والتر ميدلتون، وورلد فيجن ◊ شيزورو نيشيدا، منظمة الصحة العالمية ◊ ماريو أوشوا، الوكالة الأدفنتية العالمة للإغاثة والتنمية ◊ ستيفان بيترسن، أطباء بلا حدود، جامعة أوبسلا، السويد ◊ فيرونيك بريبم، أطباء بلا حدود، فرنسا ◊ بيل رالستون، المؤسسة الكندية للتنمية ◊ جيريمي شوهام، شبكة التغذية الطارئة/ تقارير عن الحالة الغذائية للسكان اللاجئين والنازحين/ مدرسة لندن للصحة والأمراض المدارية، المملكة المتحدة ◊ بيت سبارمان، كاريتاس، هولندا ◊ شتاين ستوا، المجلس النرويجي للاجئين، النرويج ◊ جو توماس، منظمة كونسيرن العالمية، إيرلندا ◊ مارج ستيتوريس، تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان ◊ بيرند دريسمان، أيرن أيد، هولندا ◊ آلبرتين فان در فين، مستشار مستقل، هولندا ◊ ميشيل فان هيربس، أطباء بلا حدود الدولية، بلجيكا ◊ ساسكيا فاندر كام، أطباء بلا حدود، هولندا ◊ رودي فون برنوث، إنقاذ الطفولة، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جين والاس، لجنة التنسيق الإدارية/ اللجنة الفرعية المعنية بالتغذية ◊ شاون فالش، منظمة الغذاء من أجل الجائعين الدولية ◊ جاكي وود، تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان، كندا ◊ هيلين يونغ، مؤسسة أوكسفام، المملكة المتحدة ◊ المساعدة الكنسية الهولندية (عمل الكنائس معا) ◊ الشبكة العالمية للأمن الغذائي.

الفصل ٤: تخطيط الموقع والمأوى

المسؤول عن المجال: فيليب ويجمانز،
الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معا) كمبوديا
المسؤول عن البحوث: توم كورسيليس، جامعة كامبرج، المملكة المتحدة

يود السيد فيليب ويجمانز وأعضاء مشروع «اسفير» توجيه شكرهم للأشخاص التالية أسماؤهم على مساهمتهم الملموسة في إعداد هذا الفصل.

آد هورجيك، مؤسسة ماتركس للخدمات الاستشارية في مجال التنمية، هولندا ◇ غاتاشيو جيمبيري، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، زامبيا ◇ بارنيد ليوفنبرغ، أطباء بلا حدود، هولندا ◇ جون اندونا الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)،تنزانيا ◇ بريان نيلدنر، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)،استراليا ◇ فولفغانغ ينومان، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◇ تود ستويل، ، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)،نيبال ◇ اليزابيث أوملاس، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◇ جيرو فونك، أطباء بلا حدود، هولندا

أشخاص آخرون ساهموا في إعداد هذا الفصل

كريستر آكيسن، الكنيسة السويدية للمساعدة (عمل الكنائس معاً) السويد ◇ ياب آنتجيس، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، رواندا ◇ ريشارد آغولاس، الاتحاد اللوثري العالمي، جنوب أفريقيا ◇ آلن أرمسترونغ، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، نيبال ◇ اينو آريا، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معا)، كولومبيا ◇ ديرك باكر، منظمة الكنائس المشتركة للتعاون في مجال التنمية (عمل الكنائس معاً)، هولندا ◇ هينك باكر، منظمة الكنائس المشتركة للتعاون في مجال التنمية (عمل الكنائس معاً)، هولندا ◇ جون باريت، معهد التكنولوجيا الآسيوي، تايلند ◇ كريشان بارتا، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي/مكتب وحدة خدمات المشتريات المشتركة بين الوكالات، الدانمرك ◇ آندرو شاليندر، اليونيسيف، بوتسوانا ◇ آرنو كويرفير، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، موريتانيا ◇ جون كوسغريف، انتروركس أوروبا، إيرلندا ◇ هوارد دالزل، منظمة كونسرن

العالمية، إيرلندا ◊ جون داميريل، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، أنغولا ◊ رودلمار دي فاريا، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، السلفادور ◊ مارتن ديلون، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، أوغندا ◊ بافو فيرم، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، أثيوبيا ◊ تيم فوستر، المهندسون المسجلون للإغاثة في حالات الكوارث، سويسرا ◊ دينيس فرادو، المكتب اللوثري للمجتمع الدولي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ لورا جيبونس، معهد التنمية لما وراء البحار، المملكة المتحدة ◊ هانلور هينسيل، مشروع الخبز للعالم (عمل الكنائس معاً)، ألمانيا ◊ مارك هوغان، منظمة كونسيرن العالمية، إيرلندا ◊ حسين كلالي، جامعة جنيف/ التعاون السويسري من أجل التنمية، سويسرا ◊ كروسلاك، الاتحاد اللوثري العالمي، روسيا ◊ سين لوري، تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان، وحدة الطوارئ، كندا ◊ انجيلا لوندبورغ، الكنيسة السويدية للمساعدة (عمل الكنائس معا)، السويد ◊ مينا مفومبي، الاتحاد اللوثري العاملي (عمل الكنائس معاً)، ملاوي ◊ جين ماسون، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، كينيا ◊ سيروس مكشات، جامعة جنيف/التعاون السويسري من أجل التنمية، سويسرا ◊ باميلا ميجيت، خدمة التنمية اللوثرية، سوازيلاند ◊ اينوس مويو، الكنيسة اللوثرية الانجيلية لجنوب أفريقيا، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معا)، جنوب أفريقيا ◊ بابار ممتاز، وحدة تخطيط التنمية، جامعة لندن، المملكة المتحدة ◊ غايل نيودورف، منظمة كيير، كينيا ◊ هيرمين نيكوليزون، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، كرواتيا ◊ ستيشينغ اوكومينينش هولب، المساعدة الكنسية الهولندية (عمل الكنائس معاً)، هولندا ◊بارتريك أوغر، أطباء بلا حدود ◊ لارس أولسون، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ دوان بوب، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، تنزانيا ◊ ويليام باور، منظمة كونسرن العالمية، إيرلندا ◊ اريك رام، وورلد فيجن العالمية، سويسرا ◊ جوي ريفرسن، وورلد فيجن العالمية، ليبريا ◊ كريغ ساندرز، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ تابيو سارانيفا، المساعدة الكنسية الفنلندية (عمل الكنائس معاً)، فنلندا ◊ دون شرام، مركز إدارة الكوارث، جامعة فيسكونتين ماديسون، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ سارا سكوت، معهد التنمية لما وراء البحار، المملكة المتحدة ◊ دافيد شارير، معهد الدراسات الاستراتيجية، المملكة المتحدة ◊ بول سيتنام، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معا)، أنغولا ◊ رودي سلوف، منظمة الصحة العالمية،

سويسرا ◊ آتلي سومرفلد، المساعدة الكنسية النرويجية (عمل الكنائس معاً)، النرويج ◊ برنارد ستاوب، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، البوسنة ◊ ماماني سوكاتي، الخدمة الإنمائية اللوثرية العالمية، سوازيلاند ◊ جون سفيندسن، برنامج الامم المتحدة الإنمائي ـــ مكتب وحدة المشتريات المشتركة بين الوكالات، الدانمرك ◊ جننس تانغ، أخصائي المناخ، الدانمرك ◊ جيريت تن فيلد، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، موزامبيق ◊ راينيه تايدنز، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ بول تومسن، مركز إدارة الكوارث، جامعة فيسكونتين ماديسون، الولايات المتحدة الاميكية ◊ جان بنتوم، منظمة الكنائس المشتركة للتعاون في مجال التنمية، هولندا ◊ كونراد فان براباند، معهد التنمية لما وراء البحار، المملكة المتحدة ◊ جون وات، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، سويسرا ◊ جاك ويليمز، المساعدة الكنسية الهولندية، هولندا ◊ هينك زومر، المساعدة الكنسية الهولندية (عمل الكنائس معاً)، هولندا ◊ أطباء بلا حدود، هولندا ◊ الإغاثة العالمية اللوثرية في كندا ◊ المساعدة الكنسية الدانمركية (عمل الكنائس معاً)، الدانمرك ◊ المساعدة المسيحية (عمل الكنائس معاً) ◊ الكنيسة اللوثرية في أمريكا (عمل الكنائس معا)، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ الرابطة البروتستانتيه للتعاون في مجال التنمية، ألمانيا ◊ الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً) هاييتي ◊ الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معا)، الهند ◊ الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، القدس ◊ ◊ الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، كينيا ◊ الاتحاد اللوثري العالمي فرع بيرو/ الاتحاد اللوثري العالمي، بيرو ◊ ليو سيلياما، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، زمبابوي

الفصل ٥: خدمات الصحة

المسؤولون عن المجال: جواكيم كرايسلر، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، سويسرا، وجان روي، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها/الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، الولايات المتحدة الأمريكية وسويسرا

يود السيد جواكيم كرايسلر والسيد جان روي ومشروع «اسفير» توجيه الشكر إلى الأشخاص التالية أسماؤهم لمساهمتهم الملموسة في إعداد هذا الفصل:

سو شودهوري، أوكسفام، بريطانيا العظمى والمملكة المتحدة ◊ كارول كولينز، أوكسفام، بريطانيا العظمى والمملكة المتحدة ◊ دانيال دوبوت، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ مريام هينكينس، أطباء بلا حدود، بلجيكا ◊ ساندرا كراوس، اللجنة الأمريكية للاجئين، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ بروس لورانس، ميرلين، المملكة المتحدة ◊ جان لونغ، منظمة كونسرن العالمية، إيرلندا ◊ سيرج ماليه، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ أريك نوجي، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ جان مارك أوليفيه، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ بيير بيرين، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، سويسرا ◊ ستيفان سيباشر، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، ماليزيا ◊ هارالد سيم، العمل الإنساني وفي حالات الطوارئ، منظمة الصحة العالمية سويسرا ◊ رونالد والدمان، جامعة كولومبيا، الولايات المتحدة الأمريكية

أشخاص آخرون ساهموا في إعداد هذا الفصل

آندريا آمون، معهد روبرت كوخ ألمانيا ◊ توماس باكر، الصليب الأحمر، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ريتا بهاتيا، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ فينسنت براون، أبيسنتر، فرنسا ◊ برنت بوخولدر، مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جيلبرت بورنهام، جامعة جون هوبكنز، مدرسة النظافة والصحة العامة، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ كيت بيرنز، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ مانويل كاربالو، التصنيف الدولي لرعاية الصحة العقلية، سويسرا ◊ كريستين شيفاليه، أطباء بلا حدود، سويسرا ◊ مير كونولي، منظمة الصحة العالمية/ الرابطة الدولية للمعالجين اليدويين، سويسرا ◊ آلفونس دا سيلفا، جمعية استقبال الأطباء والعاملين الطبيين اللاجئين في فرنسا، فرنسا ◊ كلود دي فيل، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/منظمة الصحة العالمية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ فلافيو دل بونتي، السياسة السويسرية في مجال الكوارث، سويسرا ◊ بات ديسكيت، جامعة كرانفيلد، المملكة المتحدة ◊ كولود دوهيرتي، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون

اللاجئين، سويسرا ◊ محمد دوالي، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ مارسي دوبولو، مؤسسة المشورة في مجال التنمية الصحية، سويسرا ◊ مارسيل فوريك، كاريتاس الدولية، سويسرا ◊ آن كولاز، مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ لولا غوستيلو، إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة ◊ بريان غوشولاك، منظمة الهجرة العالمية، الخدمات الطبية، سويسرا ◊ هارلان هالي، تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ هيلد هوغ، صندوق الأمم المتحدة للسكان، سويسرا ◊ نوبوهيد هاياشي، رابطة الأطباء في آسيا، كينيا ◊ جان هيرفي برادول، أطباء بلا حدود، فرنسا ◊ مارك هوغان، كونسرن، إيرلندا ◊ كجورا اينومزودا،جمعية الهلال الأحمر، طاجيكستان ◊ هكتور جاليبا، وورلد فيجن، الصومال وكينيا ◊ نيداد جافورنيك، كرواتيا ◊ روبرت كيسالا، مندوب الصحة الإقليمي، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، زمبابوي ◊ جان ماري كيندرمان، أطباء بلا حدود الدولية، بلجيكا ◊ ريني كوتز، الصليب الأحمر الأمريكي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ نانسي كيلوه، وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، سويسرا ◊ ماري لانغ، مكتب السكان واللاجئين والهجرة، سويسرا ◊ ريبيكا لارسون، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معا)، سويسرا ◊ جنيفر لينينغ، الطب والإنقاذ العالمي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ فيليب لوبورن، منظمة مكافحة الجوع، فرنسا ◊ مورا لينون، جول، إيرلندا ◊ آني لويد، أوكسفام، المملكة المتحدة ◊ جان دومينيك لورموند، أطباء بلا حدود الدولية، سويسرا ◊ ويليام ليرلي، وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ الكسندر ماليافان، اليونيسيف، سويسرا ◊ ميكائيل ماركس، جامعة هايدلبرغ، ألمانيا ◊ جان بول مونو، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ أريك ميرسيه، اليونيسيف، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ نانسي موك، جامعة تولان، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ آلان مورين، أبيسنتر، فرنسا ◊ كليوباس مسويا، مندوبة الصحة الإقليمية، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، كينيا ◊ جاين موتونغا، المؤسسة الأفريقية للأبحاث الطبية، كينيا ◊ جير نيرغارد، الوفد الإقليمي للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في كازاخستان ◊ دافيد نيوبيري، منظمة كير، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ اشمائيل نوكو، الاتحاد اللوثري

العالمي (عمل الكنائس معا)، سويسرا ◊ ليلي بدرسن، معهد روبرت كوخ، ألمانيا ◊ ميت فيليبس (معين في كينشاسا)، أطباء بلا حدود، بلجيكا ◊ دانيال بيروتي، صندوق الأمم المتحدة للسكان، سويسرا ◊ جان بيير ريفيل، الاتحاد الدولي، سويسرا ◊ آرثر رينغولد، جامعة كاليفورنيا في بيركلي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ريمي روشباخ، مؤسسة جنيف لحماية الصحة أثناء الحرب، سويسرا ◊ هاكان ساندبلاض، الاتحاد الدولي، سويسرا ◊ خالد شبيب، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ أولا شوكن، الاتحاد الدولي، وفد الصومال، كينيا ◊ باربارا سميث، اللجنة الدولية للإنقاذ، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ بول شبيغل، جامعة جون هوبكنز، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ روبرت شتاينغلاس، الدعم الأساسي لتنظيم إنقاذ الأطفال، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ فيليب شتوكيل، رابطة دعم الطب الوقائي، فرنسا ◊ بيتر شتريبيل، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ مايكل تول، مركز مكفارلان بورنيت للبحوث الطبية، النمسا ◊ مارتين فان كليف، المعهد المداري الملكي، هولندا ◊ لاتيتا فان هارن، فريق سياسة اللاجئين، سويسرا ◊ كارلوس فاندشير، أطباء العالم، فرنسا ◊ رالف واتس، الوكالة الأدفنتية العالمية للإغاثة والتنمية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ كريستوفر وود، المؤسسة الأفريقية للأبحاث الطبية، كينيا ◊ براد وودروف، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ تاكاكو ياكوساوا، منظمة الصحة العالمية، العمل الإنساني وفي حالات الطوارئ، سويسرا

مساهمون آخرون

مايك آرونسون، صندوق إنقاذا الطفولة، المملكة المتحدة ◊ عماد الدين عبد الرحيم، الوكالة الأفريقية الإسلامية للإغاثة، أثيوبيا ◊ سوزانا آديكاري، اللجنة المسيحية للتنمية (عمل الكنائس معا)، بنغلاديش ◊ خيلبيرتو آغيري، مجلس الكنائس الإنجيلية (عمل الكنائس معا)، نيكاراغوا ◊ جوانا آلبورنوز، الرابطة المسيحية لكنائس شيلي (عمل الكنائس معا)، شيلي ◊ كيت آلي، اليونيسيف، سويسرا ◊ ماري آندرسن، القدرات المحلية لمشروع السلام، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ تيم آندروز، وورلد فيجن، غينيا ◊ أولدريش آندريسيك، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر ◊ جنيفر آشتون، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون

اللاجئين، سويسرا ◊ ماري بيير أوغر، مكتب المجموعة الأوروبية للشؤون الإنسانية، غينيا ◊ هيلين آوان، معهد التنمية لما وراء البحار، المملكة المتحدة ◊ توم باكر، الصليب الأحمر الأمريكي ◊ ريبيكا بارداك، اللجنة الأمريكية للاجئين، ساراييفو ◊ ميكائيل بارفود، مكتب المجموعة الأوروبية للشؤون الإنسانية، بلجيكا ◊ دافيد باسيوني، مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ لونتان بايارما، الاتحاد الدولي ◊ دانا بيغون، المجلس الأمريكي للعمل الدولي التطوعي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ كلود بيلو، متطوعو الأمم المتحدة، سويسرا ◊ جودي بنجامين، اللجنة النسائية من أجل اللاجئين من النساء والأطفال، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جون بينيت، أوكسفام، المملكة المتحدة ◊ هيلين بيشوب، كونسرن العالمية، غينيا ◊ دنيا بيطار، مفوضية الامم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ ريشارد بليويت، الصليب الأحمر البريطاني، المملكة المتحدة ◊ لوسي بلوك، أطباء بلا حدود، سويسرا ◊ ميرا بليث، المجلس العالمي للكنائس (عمل الكنائس معاً)، سويسرا ◊ يان براي، أوكسفام، المملكة المتحدة ◊ ماري بريتون إيفي، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، سويسرا ◊ راشيل بريت، مكتب الكواكر في الأمم المتحدة، سويسرا ◊ لوكي براون، الصليب الأحمر الأمريكي ◊ ويليان براون فيلد، مكتب الولايات المتحدة للسكان واللاجئين والهجرة، سويسرا ◊ دافيد بريير، أوكسفام، المملكة المتحدة ◊ مارجي بوكانان سميث، آكشن ايد، المملكة المتحدة ◊ سكيب بوركلي، جامعة هاواي، مركز الامتياز، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ سارا كانا، الاتحاد الدولي، سويسرا ◊ دافيد كاردان، مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، غينيا ◊ كيفن كارو، اللجنة الأمريكية للاجئين، ساراييفو ◊ آندرو كارل، موارد التوفيق، المملكة المتحدة ◊ كريس كارن، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، سويسرا ◊ روب كار، اليونيسيف، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ نيلز كارتنسن، عمل الكنائس معا، سويسرا ◊ ماثيو كارتر، الصندوق الكاثوليكي للتنمية الخارجية، المملكة المتحدة ◊ لويزا شان، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ دافيد شيرش، فويس، بلجيكا ◊ روبرت كلارك، وزارة التنمية الدولية، المملكة المتحدة ◊ مورين كونيلي، مفوضية الامم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ بيجي غريس، اليونيسيف، سويسرا ◊ ديان

كوكومبي، أكسفام، المملكة المتحدة ◊ كريس كوشينغن، معهد موظفي الأمم المتحدة، إيطاليا ◊ مارك دي سيلفا، خدمات الإغاثة الكاثوليكية، غينيا ◊ غاري دال، اللجنة الأمريكية للاجئين، تايلند ◊جيمس دارسي، أوكسفام، المملكة المتحدة ◊ ستيف ديفي، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر ◊ سارا دافيدسن، مساعدة الشعب، المملكة المتحدة ◊ ويل دي، منظمة كير، المملكة المتحدة ◊ غلوريا دي ساغارا، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ سين ديلي، الاتحاد الدولي، سويسرا ◊ سارا ديغنان كامبو، أثيوبيا ◊ فلافيو دل بونته، الإغاثة السويسرية في حالات الكوارث، سويسرا ◊ بيني بانايوتا، ديليجيانيس، دياكونيا آغابس (عمل الكنائس معاً)، ألبانيا ◊ كيري ديموز، أوكسفام، سري لانكا ◊ غيرغوري دي ساشيه، سوليداريتس، ساريبفون ◊ ماري دياس، اللجنة النسائية من أجل اللاجئين من النساء والأطفال، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ديبورا دوان، الصليب الأحمر البريطاني، المملكة المتحدة ◊ كارين دونوفان، مستشارة مستقلة، المملكة المتحدة ◊ برنارد دويل، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ جويل دوبوا، أوكسفام، بلجيكا ◊ جون أبرسول، مبادرة التدريب على مواجهة الأزمات، سويسرا ◊ جين إيجكينار، مكتب المجموعة الأوروبية للشؤون الإنسانية، بلجيكا ◊ حسين العبيد، لجنة المساعدة الإنسانية، السودان ◊ جودي البشرى، آكورد، المملكة المتحدة ◊ سير أمبلن، الصليب الأحمر الأمريكي ◊ بول ايمس، الاتحاد الدولي، سويسرا ◊ ليز آيستر، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ كريستين فورجيير، الحقوق والإنسانية، المملكة المتحدة ◊ سالومو فوليفاي، الرابطة المسيحية للشابات، فيجي ◊ سارا غاليتسكي، معهد التنمية لما وراء البحار، المملكة المتحدة ◊ مايكل غولدن، جامعة أبردين، المملكة المتحدة ◊ ايلينا غوانزاليس روميرو، مكتب المجموعة الأوروبية للشؤون الإنسانية، بلجيكا ◊ لوريلي غودبير، اللجنة الدولية للإنقاذ، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ بريوستير غريس، مكتب كواكير في الأمم المتحدة، سويسرا ◊ سين غريناوي، ، مكتب المجموعة الأوروبية للشؤون الإنسانية، بلجيكا ◊ آندريس غيركسبور، أطباء بلا حدود، سويسرا ◊ مارتن غريفيت، مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ بيرت هالد، المساعدة الكنسية الدانمركية/ فولكنكركنز نوجالب (عمل الكنائس

الجزء ٣

معاً)، الدانمرك ◊ تيريزا هانلي، الصليب الأحمر البريطاني، المملكة المتحدة ◊ كارولين هادفورد، الوفد القطري للصليب الأحمر والهلال الأحمر، روسيا ◊ جوليا هوسرمان، الحقوق والإنسانية، المملكة المتحدة ◊ روبرت هيوارد، المساعدة المسيحية (عمل الكنائس معاً)، المملكة المتحدة ◊ رالف هازلتون، تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان الدولية، سويسرا ◊ بريكو هاينونن، اليونيسيف، شرق أفريقيا ◊ دانيال هيل، اللجنة الدولية للصليب الأحمر ◊ بيتر هندرسن، وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية ◊ بيتر هيربي، اللجنة الدولية للصليب الأحمر ◊ موريس هيرسون، أوكسفام، المملكة المتحدة ◊ رولودلف هينز، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، سويسرا ◊ مايكل هوفمان، الصليب الأحمر الأمريكي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ماري هوب شوبيل، المجلس الأمريكي للعمل الدولي التطوعي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ناب هوسانغ، جامعة كاليفورنيا في بيركلي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ رابطة شمس الهدى لوكالات التنمية في بنغلادش، بنغلادش ◊ جانيت هنت، المجلس الاسترالي للمساعدة الخارجية، أستراليا ◊ سالفادور إيبوليتو، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ برنار فربان، الوفد القطري للصليب الأحمر والهلال الأحمر في سارايفو ◊ صفية جاما، اليونيسيف، شرق أفريقيا ◊ رياض جرجور، مجلس كنائس الشرق الأوسط (عمل الكنائس معا)، قبرص ◊ سمرديك جاسنا، ، الوفد القطري للصليب الأحمر والهلال الأحمر في سارايفو ◊ روم جوهان كيتلر، منظمة كاريتاس الدولية ◊ سالي جونسن، أوكسفام، المملكة المتحدة ◊ جيري جونز، الصليب الأحمر الأمريكي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ إيفان جوزيف، كاريتاس، الهند ◊ كرستين كالا، مستشارة مستقلة، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ موكيش كابيلا، وزارة التنمية الدولية، المملكة المتحدة ◊ غيش كارينبروك، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ اينوسنت كاسيكي، الرعاية المسيحية (عمل الكنائس معاً)، زمبابوي ◊ لكس كاسنبرغ، تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان الدولية، بلجيكا ◊كرس كاي، أونوشا، سويسرا ◊ جيم كيلي، خدما ت الإغاثة الكاثوليكية، سارايفو ◊ راندولف كينت، مستشار مستقل، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ مايكل كيرمان، المجلس الأمريكي للعمل الدولي التطوعي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ سوزان كيندرفاتر، المجلس الأمريكي للعمل الدولي التطوعي، الولايات المتحدة

الأمريكية ◊ آندور كيشيندو، مؤتمر كنائس عموم أفريقيا (عمل الكنائس معاً)، كينيا ◊ آليماني كوروما، مجلس الكنائس (عمل الكنائس معاً)،سيراليون ◊ ميشيل كون، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، سويسرا ◊ ساسي كومار، أوكسفام، السودان ◊ بيتر كونز، الوكالة الأدفنتية الدولية للتنمية والإغاثة، سويسرا ◊ جين كوزن، المعهد المداري الملكي، هولندا ◊ سارا لاشا، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر ◊ فيليب لانغ، المجلس المسيحي في هونغ كونغ (عمل الكنائس معاً)، الصين ◊ وارين لانكاستر، الصليب الأحمر البريطاني، المملكة المتحدة ◊ ناتاليا لانغلي، وزارة التنمية الدولية، المملكة المتحدة ◊ جونز لافيفا، العمل في مجال الإغاثة والتنمية (عمل الكنائس معاً)، ملاوي ◊ نك ليدر، معهد التنمية لما وراء البحار، المملكة المتحدة ◊ فرانسواز ليدرو، فويس، بلجيكا ◊ غيل ليرنر، المجلس العالمي للكنائس، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ يين ليفين، منظمة العفو الدولية، مكتب الأمم المتحدة في الولايات المتحدة الأمريكية ◊ رينولد ليفي، اللجنة الدولية للإنقاذ، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ تان لي ينغ، مؤسسة آميتي، الصين ◊ كلير لايت، أوكسفام، المملكة المتحدة ◊ سانت لويزو، المجلس الأمريكي للعمل الدولي التطوعي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جين لونغ، جامعة ترينيتي، إيرلندا ◊ باربارا لوكورست، المؤسسة الدولية للمهندسين من أجل الإغاثة في حالات الكوارث، المملكة المتحدة ◊ باولا لينش، مكتب الولايات المتحدة للسكان واللاجئين والهجرة، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جوانا ماكرا، معهد التنمية لما وراء البحار، المملكة المتحدة ◊ كيرسي مادي، اليونيسيف، سويسرا ◊ جوك مادوت جوك، جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلز، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جياني ماغازيني، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ جون ماغرا، أوكسفام، بريطانيا العظمى ◊ كانيلي ماكوندي، الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)، سويسرا ◊ خوان مانويل آسينا، حركة السلم ونزع السلاح والحرية، اسبانيا ◊ غابرييل مارتيم، جامعة نايروبي، كينيا ◊ سيمون مكسويل، معهد التنمية لما وراء البحار، المملكة المتحدة ◊ مونيك مكليلان، مستشارة مستقلة، سويسرا ◊ بيتر مكدرموت، اليونيسيف، سويسرا ◊ تيريز مكجين، جامعة كولومبيا، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جون مكراث، أوكسفام، المملكة المتحدة ◊ جيني ميدوز، صندوق إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة ◊ بوب ميدرالا،

لجنة تنسيق الخدمات من أجل النازحين في تايلند، تايلند ◊ آنيتا منغيتي، وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ج.ك. مايكلن، مساعد العمل الاجتماعي في الكنيسة (عمل الكنائس معاً)، الهند ◊ لاري مينير، جامعة براون، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ داهاوي، وزارة التخطيط الاجتماعي، السودان ◊ جون ميتشل، الصليب الأحمر البريطاني، المملكة المتحدة ◊ باربارا موناهان، منظمة كيير، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ موزيز موراغا، العمل الطبي المسيحي (عمل الكنائس معاً)، نيكاراغوا ◊ نيكولاس موريس، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ بات موريس، المجلس الأمريكي للعمل الدولي التطوعي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جيريمي مورتيمير، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، سويسرا ◊ موتاوا موسيمي، المجلس الوطني للكنائس (عمل الكنائس معاً)، كينيا ◊ دوريس موانغي، فريق التنوع البيولوجي للطوارئ ◊ آندرو ناتزيوس، النظرة العالمية للإغاثة والتنمية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جوهر نابيم واهرا، أوكسفام، بنغلادش ◊ باولا نيرسسيان، بازيكس، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ وولفغانغ نيومان، مفوضية الأمم المتحدة، سويسرا ◊ كاتلين نيولاند، أوقاف للسلم الدولي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ أكبر نور، المجلس الدولي للوكالات الطوعية، سارايبفو ◊ ايمانويل انسابيمانا، مجلس الكنائس (عمل الكنائس معاً)، رواندا ◊ ماري اوريلي، اللجنة الأمريكية للاجئين، أوغندا ◊ رون أوكويل، مستشار مستقل، فرنسا ◊ كسافيه أورتيغا، منظمة فويس، بلجيكا ◊ كارين أوتسي، إيباس، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ روبرت بينتر، أونوشا، غينيا ◊ دراغانا باندوريفي، ريد بارنت، سارايبفو ◊ دافيد باردو، الصليب الأحمر الكندي ◊ جفري بيريرا، كاريتاس، بنغلاديش ◊ كاثرين بركنس، مكتب الولايات المتحدة للسكان واللاجئين والهجرة، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ كارن برين، منظمة المعوقين الدولية، سارايبفو ◊ سو فيفنر، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر ◊ يان بايبر، الاتحاد الدولي ◊ ويليام باور، كونسيرن، إيرلندا ◊ ماريون برات، وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ زوران راديك، اللجنة الدولية للإنقاذ، سارايبفو ◊ راجاراتنام، الكنائس الإنجليلية اللوثرية المتحدة (عمل الكنائس معاً)، الهند ◊ وايت راكوبا، مجلس الكنائس (عمل الكنائس

معاً)، جنوب أفريقيا ◊ أنجيلا رافن روبرتز، اليونيسيف، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ستفن ريشاردز، اللجنة الدولية للإنقاذ، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ ماري جان ريشارديون، الاتحاد الدولية لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، سويسرا ◊ سيريل ريشي، منظمة المساعدة الدولية، سويسرا ◊ بيترسن، معهد روبرت كوخ، ألمانيا ◊ لويد رولينس، المجلس الميثودي للإغاثة (عمل الكنائس معاً)، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ بيرتا روميرو، المجلس الأمريكي للعمل الدولي التطوعي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جيوفاني روفيني، فويس، بلجيكا ◊ شارون روسو، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ فرانك رواكابهو، كنيسية أوغندا، أوغندا ◊ سيرج رواماشيرابو، وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ سالومون ساني، رابطة بنن لمكافحة الجوع والفقر بين شعب جمهورية بنن ◊ موهودزيك سانيلا برنامج الأغذية العالمي، سارييفو ◊ بالدو سانتو لوشيريني، كاريتاس، شيلي ◊ دافيد شيرير، معهد الدراسات الاستراتيجية، سويسرا ◊ آد شنكنبرغ، المجلس الدولي للوكالات الطوعية، سويسرا ◊ شوكو شيموزاوا مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا ◊ كريستين سيمون، الاتحاد الأوروبي، الأمن الغذائي الإقليمي، كوت ديفوار ◊ هوغو سليم، جامعة أوكسفورد بروكس، المملكة المتحدة ◊ غافيك سميليجكا، مركز ضحايا التعذيب، ساراييفو ◊ توماس سوديرمان، الصليب الأحمر السويدي ◊ هولي سولبرغ، منظمة كيير، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جاك ستروم، اللجنة الدولية للصليب الأحمر ◊ مينارد ستودر، اللجنة الدولية للصليب الأحمر ◊ جين سوان، المجلس الأمريكي للعمل الدولي التطوعي، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ بريتا سيدوف، مجلس اللاجئين النرويجي، سويسرا ◊ جوليا تافت، مكتب الولايات المتحدة للسكان واللاجئين والهجرة، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ نرمينا تانكوفيك، متدربة في مشروع «اسفير»، البوسنة/ المملكة المتحدة ◊ يوسف طارق، مجلس اللاجئين الإيرلندي ◊ جون يلفورد، مستشار مستقل، إيرلندا ◊ نيل توبيس، تروكير، إيرلندا ◊ سوزان تولز، اللجنة النسائية المعنية باللاجئين من النساء والأطفال، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ لوك ترويار، كاريتاس الدولية ◊ هرمان فان آكن، الكنائس الهولندية للمساعدة (عمل الكنائس معاً)، هولندا ◊ سيرجيو فيرا دي مالو، اونوشا، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ رودي فون

بيرنوث، صندوق إنقاذا الطفولة، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ كارلو فون فلو، اللجنة الدولية للصليب الأحمر ◊ مارغاريتا وولستروم، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، سويسرا ◊ بيل وارنوك، وورلد فيجن، سارايیفو ◊ جون وات، الاتحاد الدولي، سويسرا ◊ بيتر فيبر، منظمة كيير، غينيا ◊ جورج ويبر، الاتحاد الدولي، سويسرا ◊ ميري وينغر، منظمة الصحة العالمية، سويسرا ◊ هانا فايس، متدربة في مشروع «اسفير»، الولايات المتحدة الأمريكية/سويسرا ◊ توماس فايس، جامعة براون، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ مونيكا فيرنيت، برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الإيدز، سويسرا ◊ جو ويليام، كاريتاس، سري لانكا ◊ شاندران ويليامز، شركة إيغرو المحدودة، سري لانكا ◊ روي ويليامز، وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ جون واير، المجلس العالمي للكنائس (عمل الكنائس معاً) المملكة المتحدة ◊ روبرت يالوب، منظمة كيير، أستراليا ◊ جنيفر يومي سونغ، متدربة في مشروع «اسفير»، الولايات المتحدة الأمريكية/كوريا ◊ انتوني زوي، مدرسة لندن للصحة والطب المداري، المملكة المتحدة ◊ أطباء العالم، فرنسا، كوت ديفوار، اسبانيا، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ المؤسسة الأفريقية للأبحاث الطبية، كينيا، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ مصرف الحبوب الغذائية الكندي، كندا ◊ خدمات الكنائس العالمية (عمل الكنائس معا) الولايات المتحدة الأمريكية ◊ منظمة درُب، الهند ◊ البيئة والتنمية في العالم الثالث، النسغال ◊ مساعدات الكنائس المجرية (عمل الكنائس معا)، المجر ◊ منظمة الماء من أجل الصحة في كينيا، كينيا ◊ كلية لندن للاقتصاد ◊ وزارة الصحة في بنن ◊ وزارة الصحة في تنزانيا ◊ وزارة الماء في زامبيا ◊ المركز الوطني لإدارة الكوارث، الهند ◊ المجلس الاقتصادي الوطني، ملاوي ◊ اللجنة التنظيمية غير الحكومية، زامبيا ◊ مساعدات الكنيسة النرويجية (عمل الكنائس معاً)، النرويج ◊ أس.أم.أس.أف. زائير ◊ شركة المياه والمجاري، غانا

الوكالات المشاركة في مشروع «اسفير»

لجنة توجيه المساعدات الانسانية

تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان ــ كيير الدولية ــ (كيير استراليا، كيير النمسا، كيير كندا، كيير الدانمرك، كيير فرنسا، كيير ألمانيا، كيير إيطاليا، كيير اليابان، كيير النرويج، كيير المملكة المتحدة، كيير الولايات المتحدة الأمريكية) ◇ الاتحاد الدولي للجمعيات الخيرية والاجتماعية الكاثوليكية (مؤسسة كاريتاس الدولية) ◇ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر ◇ الرابطة الدولية لإنقاذ الإطفال ◇ أطباء بلا حدود الدولية (بلجيكا، فرنسا، هولندا، اسبانيا، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية) ◇ منظمة أوكسفام ◇ الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً)◇ رابطة إنقاذ الطفولة ◇ المجلس العالمي للكنائس (عمل الكنائس معاً)

أعضاء منظمة المجلس الأمريكي للعمل الدولي التطوعي

منظمة مكافحة الجوع ◇ الوكالة الدولية الأدفنتية للتنمية والإغاثة ◇ مؤسسة الطب والبحوث الأفريقية ◇ منظمة الرعاية الأفريقية ◇ مؤسسة آغا خان، الولايات المتحدة الأمريكية ◇ لجنة خدمات أصدقاء أمريكا ◇ اللجنة الأمريكية اليهودية المشتركة للتوزيع ◇ الخدمات العالمية اليهودية الأمريكية ◇ المساعدة الأمريكية للاجئي الشرق الأدنى ◇ قسم الخدمات الدولية في الصليب الأحمر الأمريكي ◇ اللجنة الأمريكية للاجئين ◇ فريق آناندا مارغا للإغاثة العالمية ◇ الاتحاد المعمداني العالمي (عمل الكنائس معاً) ◇ تعاونية الإغاثة الأمريكية في كل مكان ◇ مجلس البعثة الطبية الكاثوليكية ◇ خدمات الإغاثة الكاثوليكية ــ المؤتمر الكاثوليكي للولايات المتحدة ◇ مؤسسة صحة الطفل ◇ صندوق إنقاذ الطفولة ◇ صندوق الطفولة المسيحي ◇ اللجنة المسيحية العالمية للإغاثة ◇ الخدمات العالمية للكنيسة (عمل الكنائس معاً) ◇ مجلس الاتحادات اليهودية ◇ منظمة الشراكة الدولية ◇ منظمة الإغاثة الدولية المباشرة ◇ أطباء العالم ◇ أطباء بلا حدود، الولايات المتحدة الأمريكية ◇ الكنيسة الأسقفية للولايات المتحدة الأمريكية (عمل الكنائس معاً) ◇ صندوق الأسقف للإغاثة العالمية (عمل الكنائس معاً) ◇ منظمة الخبز من أجل الجائعين الدولية ◇ أصدقاء ليبيريا ◇ غراسروتس

انترناشيونال ◊ المساعدة الطبية المشتركة بين الكنائس ◊ المساعدة الدولية ◊ هيئة الخدمة التنفيذية الدولية ◊ الهيئة الطبية الدولية ◊ المنظمات الخيرية الدولية الأورثودوكسية (عمل الكنائس معا) ◊ اللجنة الدولية للإنقاذ ◊ وكالة الإغاثة الإسلامية الأفريقية، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ منظمات قديس اليوم الآخر الخيرية ◊ الإغاثة اللوثرية العالمية (عمل الكنائس معاً) ◊ برامج المساعدة الطبية الدولية ◊ هيئة الرحمة الدولية ◊ رابطة الهيئة السلمية الوطنية ◊ مراكز فرص التصنيع الدولية ◊ الولايات المتحدة الأمريكية للإغاثة ◊ مؤسسة أوكسفام، فرع أمريكا ◊ تخطيط المساعدة ◊ مؤسسة أضواء ◊ منظمة اللاجئين الدولية ◊ منظمة الإغاثة الدولية ◊ جيش الخلاص، مكتب الخدمات العالمية ◊ منظمة إنقاذ الطفولة ◊ وكالة الخدمات والتنمية ◊ مؤسسة شير: تشييد سلفادور جديد اليوم ◊ المؤسسة الدولية للمواقد الشمسية ◊ لجنة الخدمات العالمية الموحدة ◊ النداء الاسرائيلي الموحد ◊ اللجنة الميثودية الموحدة للإغاثة (عمل الكنائس معاً) ◊ لجنة الولايات المتحدة للاجئين ◊ لجنة الولايات المتحدة لليونيسيف ◊ المتطوعون في مجال المساعدة التقنية ◊ تعاونية الإغاثة العالمية ◊ وورلد فيجن للإغاثة والتنمية

اللجنة الدولية للصليب الأحمر

أعضاء منظمة فويس

الصندوق النمساوي للتعاون الدولي المشترك ◊ قرى إنقاذ الأطفال ◊ وورلد فيجن ◊ منظمة كاريتاس الدولية للإنقاذ ◊ مكتب اتصال منظمة المعوقين الدولية ◊ تضامن أوكسفام في بلجيكا ◊ المساعدة الشعبية الدانمركية◊ مساعدات الكنائس الدانمركية ◊ مجلس اللاجئين الدانمركين ◊ سومين وورلد فجن ◊ منظمة مكافحة الجوع ◊ المساعدة الطبية الدولية ◊ أطلس للنقل والإمداد◊ فرنسا للحرية ◊ منظمة أطباء بلا حدود العالمية ◊ صيادلة بلا حدود ◊ الإنقاذ الكاثوليكي/كاريتاس فرنسا ◊ الإنقاذ الشعبي الفرنسي ◊ مثلث «الجيل الإنساني» ◊ الوكالة الأدفنتية للتنمية والإغاثة ◊ مجلس العمل السامري، ألمانيا ◊ كاريتاس ألمانيا ◊ مساعدة الجائعين في العالم ◊ مساعدات دياكوني للطوارئ (عمل الكنائس معا) ◊ مؤسسة يوحنة للمساعدة في حالات الحوادث ◊ خدمات المساعدة ◊ الطب العالمي ◊ وورلد فيجن، ألمانيا ◊ منظمة «كونسرن» العالمية ◊ منظمة «جول» ◊

تروكير ◊ وورلد فيجن، أيرلندا ◊ رابطة أصدقاء الأطفال ◊ رابطة المتطوعين من أجل الخدمة الدولية، ميلانو ◊ المركز الإقليمي للعمل التعاوني ◊ سيسفي للتعاون والتنمية ◊ لجنة التعاون الطبي ◊ لجنة تنسيق المنظمات غير الحكومية من أجل التعاون في مجال التنمية ◊ لجنة تنسيق منظمات العمل التطوعي ◊ اللجنة الدولية لتنمية الشعوب ◊ اللجنة الايطالية الدائمة للطوارئ في الخارج ◊ التعاون الدولي الإيطالي ◊ انترسوس ◊ الحركة العلمانية في أمريكا اللاتينية ◊ الحركة العالمية ◊ متطوعو العالم ◊ كاريتاس، هولندا ◊ وكالة الإغاثة والتأهيل الهولندية ◊ مساعدات الكنائس الهولندية (عمل الكنائس معا) ◊ منظمة التعاون في مجال الرعاية الصحية ◊ وورلد فيجن، هولندا ◊ زوا لرعاية اللاجئين ◊ المساعدة النرويجية للشعوب ◊ المساعدة الطبية الدولية ◊ كاريتاس ◊ الرعاية الصحية العالمية في نافارا ◊ الحركة من أجل السلم ونزع السلاح والحرية ◊ السلام والعالم الثالث ◊ كاريتاس ـــ سفيريجي ◊ الكنيسة اللوثرية للمساعدة السويدية (عمل الكنائس معا) ◊ الوكالة السويدية الدولية للإغاثة والتعاون في مجال التنمية ـــ انترلايف ◊ نجمة الأمل الدولية ◊ عمل الكنائس معاً ◊ الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معا) ◊ آكشن أيد ◊ الصندوق الكاثوليكي للتنمية ما وراء البحار ◊ المساعدة المسيحية، المملكة المتحدة (عمل الكنائس معاً) ◊ منظمة كونسرن العالمية ◊ الصحة بلا حدود ◊ العون الدولي، المملكة المتحدة ◊ هيئة الرحمة الدولية /المساعدة الاسكتلندية الأوروبية ◊ أوكسفام، بريطانيا ◊ صندوق إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة ◊ صندوق تير، المملكة المتحدة ◊ وورلد فيجن، المملكة المتحدة ◊ اللجنة الدولية للإنقاذ

أعضاء المجلس الدولي للوكالات الطوعية

آكشن ايد ◊ الوكالة الادفنتية الدولية للتنمية والإغاثة ◊ مكتب تنسيق المنظمات غير الحكومية الأفغانية ◊ العمل الإنساني الأفريقي ◊ الرابطة الأفريقية لمحو الأمية وتعليم الكبار ◊ مؤتمر الكنائس لعموم أفريقيا (عمل الكنائس معاً) ◊ راطبة الأمل ◊ اللجنة الأمريكية المشتركة للتوزيع ◊ مؤسسة التنمية الانتولية ◊ المعهد الآسيوي للتنمية الريفية ◊ تحالف المنظمات غير الحكومية الآسيوية للإصلاح الزراعي والتنمية الريفية ◊ رابطة أمريكا اللاتينية لمنظمات الترويج ◊ رابطة أمريكا اللاتينية للنهوض بحقوق

الإنسان ◊ الرابطة الوطنية لمراكز التحقيق والنهوض بالوضع الاجتماعي والتنمية ◊ الرابطة الإقليمية بشأن الهجرة الإجبارية ◊ رابطة بنن لمكافحة الجوع والفقر بين الشعب ◊ رابطة وكالات التنمية في بنغلاديش ◊ رابطة مزارع سارفا سفا ◊ رابطة التقدم الاجتماعي ◊ رابطة الوكالات الطوعية من أجل التنمية الريفية ◊ المجلس الاسترالي للمساعدة الخارجية ◊ المجلس البريطاني للاجئين ◊ المجلس الكندي للتعاون الدولي ◊ المجلس الكندي للاجئين ◊ تعاونية الإغاثة الأمريكية الدولية في كل مكان ◊ كيير، الولايات المتحدة الأمريكية ◊ الرابطة الصينية لإغاثة اللاجئين ◊ صندوق الطفولة المسيحي ◊ الرابطة المسيحية للإغاثة والتنمية (عمل الكنائس معاً) ◊ الخدمة العالمية للكنائس (عمل الكنائس معاً) ◊ اتحاد المنظمات غير الحكومية للبيئة والتنمية في وسط أفريقيا ◊ مجلس المنظمات غير الحكومية لدعم التنمية ◊ مجلس تعليم الكبار في أمريكا اللاتينية ◊ مجلس مؤسسات التنمية ◊ اتحاد التنظيمات المدنية من أجل الديمقراطية ◊ مؤسسة تنسيق المنظمات غير الحكومية والتعاونيات العاملة في مجال مساعدة السكان المتضررين من النزاعات المسلحة الداخلية ◊ مجلس اللاجئين الدانمركي ◊ دياكونيا (عمل الكنائس معا) ◊ اتحاد النهوض بوضع الفلاح ◊ لقاء الكيانات غير الحكومية المعنية بالتنمية ◊ مركز الكنائس الأسقفية الأمريكية (عمل الكنائس معاً) ◊ أيكيليبر سويسرا ◊ الرابطة الأوروبية للمنظمات غير الحكومية المعنية بالمساعدة الغذائية والمعونة الطارئة ◊ اتحاد المنظمات غير الحكومية في نيكاراغوا ◊ جمعية تغذية الأطفال الدولية ◊ محفل المنظمات الأفريقية للتنمية الطوعية ◊ مؤسسة آغوستو سيزار سانديتو ◊ الاتحاد العام للجمعيات الطوعية ◊ غونوشاهانجو سانغستا ◊ منظمة المعوقين الدولية ◊ النداء الإنساني العالمي ◊ المعهد الهندي للشباب والتنمية ◊ انديفيدويل مانيسكوبلاب ◊ المجلس الأمريكي للعمل الدولي التطوعي ◊ الفريق الافريقي المشترك ◊ جمعية انترايد الدولية ◊ اللجنة الكاثوليكية الدولية للهجرة ◊ المنظمة الإسلامية الدولية للإغاثة ◊ اللجنة الدولية للإنقاذ ◊ الخدمة الاجتماعية الدولية ◊ وكالة الإغاثة الإسلامية ◊ خدمات اللاجئين اليسوعية ◊ محفل المنظمات غير الحكومية اللبناني ◊ محفل لينك للمنظمات غير الحكومية ◊ الخدمات اللوثرية للهجرة واللاجئين ◊ الاتحاد اللوثري العالمي (عمل الكنائس معاً) ◊ مجلس الخدمات الاجتماعية في موريشيوس ◊ مجلس المنظمات غير الحكومية الوطنية في سري لانكا ◊

منظمة هولندا للتعاون الدولي في مجال التنمية ◊ لجنة تنسيق المنظمات غير الحكومية ◊ مجلس اللاجئين النرويجي ◊ المنظمة الدولية للتقدم الصناعي والروحي والثقافي ◊ معهد السياسات البديلة من أجل المخروط الجنوبي ◊ المنظمات غير الحكومية للتنمية في الفلبين ◊ صندوق الملكة عالية للتنمية الاجتماعية ◊ الشبكة الأفريقية للتنمية النزيهة ◊ مؤسسة التنمية الريفية الباكستانية ◊ لانكا جاثيكا سارفادايا شرامادانا ◊ الإغاثة الشعبية الفرنسية ◊ الاتحاد العام للنساء السودانيات ◊ الرابطة الصحية الطوعية في الهند ◊ مجلس الكنائس العالمي (عمل الكنائس معا) ◊ الخدمات الجامعية العالمية ◊ وورلد فيجن الدولية ◊ ياياسان اندونيسيا سيجاهتيرا

الأعضاء المنتسبون في المجلس الدولي للوكالات الطوعية

برنامج الدراسات الخاصة باللاجئين، جامعة أوكسفورد ◊ منظمة كاريتاس الدولية ◊ اللجنة الدولية للصليب الأحمر ◊ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر ◊ جمعية أطباء العالم ◊ منظمة أطباء بلا حدود العالمية

٤- خلاصة المعايير الدنيا

يقدم هذا الجزء فكرة عامة عن المعايير الدنيا الخاصة بكل مجال من المجالات الخمسة التي ورد شرحها بالتفصيل في الفصول من ١ إلى ٥ وهي: توفير الماء والإصحاح، التغذية، المعونة الغذائية، المأوى وتخطيط الموقع، خدمات الصحة. ويتضمن كل فصل من هذه الفصول مؤشرات وملاحظات توجيهية ومعلومات خاصة بسياق العمليات، وكلها عناصر ضرورية لتفسير هذه المعايير وتطبيقها.

المعايير الدنيا لتوفير الماء والإصحاح

١- تحليل الوضع

معيار التحليل رقم ١: الحصر الأولي

ينبغي أن تُتخذ القرارات الخاصة بالبرنامج استنادا إلى فهم متعمق لحالة الطوارئ وإلى تحليل واضح للمخاطر والاحتياجات الصحية المرتبطة بتوفير الماء والإصحاح.

معيار التحليل رقم ٢: الرصد والتقييم

ينبغي رصد وتقييم أداء برنامج توفير الماء والإصحاح ومدى فعاليته في مواجهة المشاكل الصحية المرتبطة بالماء والإصحاح، كما ينبغي رصد وتقييم التطورات في الوضع.

معيار التحليل رقم ٣: المشاركة

ينبغي أن تتاح للسكان المتضررين من كارثة معينة فرصة المشاركة في وضع برنامج المساعدة وتنفيذه.

٢- توفير الماء

معيار توفير الماء رقم ١: الحصول على الماء وتحديد كميته

ينبغي أن يحصل جميع السكان المتضررين على كمية كافية من الماء الصالح للشرب والطهي والمحافظة على النظافة الشخصية والمنزلية. وينبغي أن تكون مواقع المياه العمومية قريبة من مآويهم بقدر كاف لكي يتاح لهم تلبية الحد الأدنى من احتياجاتهم إلى الماء.

معيار توفير الماء رقم ٢: نقاء الماء

ينبغي أن يكون الماء، في مواقع جمعه، مستساغاً ومتوفراً بكميات كافية لتلبية احتياجات السكان المتضررين إلى الشرب والمحافظة على النظافة الشخصية والمنزلية. وينبغي ألا يهدد استعماله في المدى القصير صحة السكان لما قد يحمله من أمراض أو نتيجة لتلوثه بمواد كيميائية أو إشعاعية.

معيار توفير الماء رقم ٣: مرافق ولوازم استعمال الماء

ينبغي إقامة مرافق مناسبة للسكان وتزويدهم باللوازم التي تمكنهم من جمع وتخزين واستعمال ما يكفي من الماء لتغطية احتياجاتهم إلى الشرب والطهي والمحافظة على نظافتهم الشخصية، ولضمان احتفاظ الماء بدرجة نقاء مناسبة حتى استهلاكه.

٣- التخلص من الفضلات

معيار التخلص من الفضلات رقم ١: عدد المراحيض والوصول إليها

ينبغي أن يحصل الناس على عدد كاف من المراحيض، وينبغي أن تكون قريبة من مساكنهم لضمان الوصول إليها بسرعة وأمان وفي ظروف مقبولة في كل أوقات الليل والنهار

معيار التخلص من الفضلات رقم ٢: التصميم والبناء

ينبغي تصميم وبناء وصيانة مراحيض مريحة ونظيفة يمكن للسكان استعمالها بأمان.

٤- مكافحة نواقل الأمراض

معيار مكافحة نواقل الأمراض رقم ١: حماية الفرد والأسرة

ينبغي تزويد الناس بالوسائل الكفيلة بحماية أنفسهم من نواقل الأمراض والحيوانات الضارة عندما تمثل خطرا ملموساً على صحتهم وراحتهم.

معيار مكافحة نواقل الأمراض رقم ٢: تدابير الحماية المادية والبيئية والكيميائية

ينبغي التحكم في عدد نواقل الأمراض والحيوانات الضارة التي تهدد صحة الأشخاص وراحتهم بحيث لا يتجاوز الحدود المقبولة.

معيار مكافحة نواقل الأمراض رقم ٣: الممارسات السليمة في مجال استعمال الأساليب الكيميائية لمكافحة نواقل الأمراض

ينبغي الالتزام بالمعايير الدولية المتفق عليها عند استخدام مبيدات الحشرات ضمن تدابير مكافحة نواقل الأمراض، وذلك لضمان حماية الموظفين والسكان المتضررين من الكارثة والبيئة المحلية بشكل مناسب ولتفادي خلق مقاومة لمبيدات الحشرات.

٥- معالجة النفايات الصلبة

معيار معالجة النفايات الصلبة رقم ١: جمع النفايات الصلبة والتخلص منها

ينبغي أن يعيش الأشخاص المتضررون في بيئة خالية من أي تلوث ملموس ناجم عن النفايات الصلبة، بما فيها النفايات الطبية.

معيار معالجة النفايات الصلبة رقم ٢: حاويات/حُفَر النفايات الصلبة

ينبغي أن تتاح للسكان إمكانيات التخلص من نفاياتهم المنزلية بشكل مناسب وفعال.

٦- صرف المياه

معيار صرف المياه رقم ١: شبكات الصرف

ينبغي أن يعيش الأشخاص المتضررون في بيئة تتمتع بحماية معقولة من خطر التعرية بفعل الماء والمياه الراكدة، بما فيها مياه الأعاصير ومياه الفيضانات ومياه الصرف المنزلية ومياه صرف المرافق الصحية.

معيار صرف المياه رقم ٢: الشبكات والأدوات

ينبغي تجهيز السكان بالوسائل (الشبكات والأدوات وما إلى ذلك) التي تمكنهم من التخلص من مياه الصرف حول المنازل ومواقع توزيع الماء بشكل مناسب وفعال وحماية مساكنهم وغيرها من المرافق الأسرية أو الجماعية من الفيضانات وعوامل التعرية.

٧- التوعية بقواعد النظافة

معيار التوعية بقواعد النظافة رقم ١: السلوك الصحي واستعمال المرافق

ينبغي أن يكون السكان، بكل فئاتهم، على وعي تام بالسلوك الذي يمكن أن يهدد صحتهم وأن يكونوا قادرين على تغيير هذا السلوك. وينبغي أن يحصلوا على المعلومات والموارد اللازمة لاستعمال مرافق المياه والإصحاح بما يكفل حماية صحتهم وكرامتهم.

معيار التوعية بقواعد النظافة رقم ٢: تنفيذ البرنامج

ينبغي أن تعكس كل المرافق والموارد المتاحة أوجه ضعف السكان المتضررين، بكل فئاتهم، واحتياجاتهم وما يفضلونه. وينبغي إشراك مستخدمي هذه المرافق في إدارتها وصيانتها حيثما كان ذلك مناسبا.

٨- مؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم

معيار المؤهلات رقم ١: الكفاءة

ينبغي أن يُنفِذ برامج توفير الماء والإصحاح موظفون ذوو مؤهلات وخبرات مناسبة لأداء العمل المسند إليهم كما ينبغي أن تُقدم لهم المساعدة الإدارية والدعم المناسبين.

المعايير الدنيا للتغذية

١- تحليل الوضع

معيار التحليل رقم ١: الحصر الأولي

ينبغي فهم الحالة الغذائية الأساسية والظروف التي قد تُؤدي إلى حالات سوء التغذية فهماً واضحاً قبل اتخاذ أي قرار بشأن البرنامج.

معيار التحليل رقم ٢: مواجهة الوضع

عندما يستلزم الوضع توفير مساعدة غذائية، فمن الضروري تقديم وصف واضح للمشكلة أو المشكلات المطروحة، بالإضافة إلى رسم استراتيجية مدروسة لمواجهة الوضع.

معيار التحليل رقم ٣: الرصد والتقييم

ينبغي رصد وتقييم أداء برنامج التغذية وفعاليته وتطورات الوضع المتوقعة.

معيار التحليل رقم ٤: المشاركة

ينبغي أن تتاح للسكان المتضررين من كارثة معينة فرصة المشاركة في وضع برنامج المساعدة وتنفيذه.

٢- الدعم الغذائي العام للسكان

معيار الدعم الغذائي العام رقم ١: توفير الطعام

ينبغي تلبية الاحتياجات الغذائية للسكان.

معيار الدعم الغذائي العام رقم ٢: جودة الغذاء وسلامته

ينبغي أن يكون الغذاء الموّزع مقبول الجودة وأن تفي مناولته بشروط السلامة بحيث يكون صالحا للاستهلاك البشري.

معيار الدعم الغذائي العام رقم ٣: استساغة الغذاء

ينبغي أن تكون الأغذية التي تقدم للسكان مناسبة ومستساغة للجميع.

معيار الدعم الغذائي العام رقم ٤: تداول الغذاء وسلامته

ينبغي تخزين الغذاء وتحضيره واستهلاكه بشكل آمن ومناسب على مستوى الأسرة وفي المرافق المشتركة على حد سواء.

٣- الدعم الغذائي للذين يعانون من سوء التغذية

معيار تحديد المستفيدين من الدعم الغذائي رقم ١: سوء التغذية المعتدل

ينبغي تقليل المخاطر على الصحة العامة التي يطرحها سوء التغذية المعتدل.

معيار تحديد المستفيدين من الدعم الغذائي رقم ٢: سوء التغذية الحاد

ينبغي الحد من الوفيات والأمراض والمعاناة المرتبطة بسوء التغذية الحاد.

معيار تحديد المستفيدين من الدعم الغذائي رقم ٣: نقص العناصر المغذية الدقيقة

ينبغي معالجة نقص العناصر المغذية الدقيقة.

٤- مؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم

معيار المؤهلات رقم ١: الكفاءة

ينبغي أن يُنفذ عمليات المساعدة الغذائية موظفون ذوو مؤهلات وخبرات مناسبة للاضطلاع بالمهام المسندة إليهم كما ينبغي أن تقدم لهم المساعدة الإدارية والدعم المناسبين.

معيار المؤهلات رقم ٢: الدعم

ينبغي أن يحصل أفراد السكان المتضررين من الكوارث على الدعم اللازم لتسهيل تكيفهم مع بيئتهم الجديدة واستخلاص أكبر فائدة ممكنة من المعونة التي يتلقونها.

معيار المؤهلات رقم ٣: المؤهلات المحلية

ينبغي الاستعانة بالمؤهلات والمهارات المحلية وتحسينها عن طريق برامج التغذية الطارئة.

المعايير الدنيا للمعونة الغذائية

١- تحليل الوضع

معيار التحليل رقم ١: الحصر الأولي

ينبغي فهم الظروف التي تعرّض السكان لخطر سوء التغذية وتخلق الحاجة إلى المعونة الغذائية قبل اتخاذ أي قرار بشأن البرنامج المطلوب.

معيار التحليل رقم ٢: الرصد والتقييم

ينبغي رصد وتقييم أداء برنامج التغذية وفعاليته وتطورات الوضع المتوقعة.

معيار التحليل رقم ٣: المشاركة

ينبغي إشراك السكان المتضررين من الكوارث في وضع برنامج المعونة وتنفيذه.

٢- الاحتياجات

معيار الاحتياجات

ينبغي أن يكون الغرض من السلة الغذائية والحصص الغذائية تعويض التفاوت بين احتياجات السكان المتضررين ومواردهم الغذائية الخاصة.

٣- تحديد الفئات المستفيدة

معيار تحديد الفئات المستفيدة

ينبغي اختيار المستفيدين من المعونة الغذائية بناء على احتياجاتهم الغذائية أو حساسيتهم إزاء انعدام الأمن الغذائي أو كليهما.

٤- إدارة الموارد

معيار إدارة الموارد

ينبغي إدارة إمدادات المعونة الغذائية والأموال المخصصة لبرنامج المعونة في إطار نظام شفاف وقابل للتدقيق والمساءلة بما يتيح مراقبة هذه الإمدادات وإحاطة المعنيين علماً بطرق استعمالها.

٥- النقل والإمداد

معيار النقل والإمداد

ينبغي أن تتمتع الوكالات بالقدرة التنظيمية والتقنية اللازمة لإدارة عمليات شراء الإمدادات الغذائية واستلامها ونقلها وتخزينها وتوزيعها بسلامة وفعالية.

٦- التوزيع

معيار التوزيع

ينبغي توزيع الغذاء بشكل عادل مع احترام الظروف المحلية. وينبغي إحاطة المستفيدين علماً بالحصة التي يحق لهم الحصول عليها وطريقة حسابها.

٧- مؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم

معيار المؤهلات رقم ١: الكفاءة

ينبغي أن يقوم بتنفيذ عمليات المعونة الغذائية موظفون ذوو مؤهلات وخبرات مناسبة للاضطلاع بالمهام المسندة إليهم كما ينبغي أن تقدم لهم المساعدة الإدارية والدعم المناسبين.

معيار المؤهلات رقم ٢: المؤهلات المحلية

ينبغي أن تستعين برامج التغذية الطارئة بالقدرات والمهارات المحلية وأن تحسّنها.

المعايير الدنيا لتخطيط المأوى والموقع

١- تحليل الوضع

معيار التحليل رقم ١: الحصر الأولي

ينبغي أن تستند القرارات التي تتخذ بشأن البرنامج إلى فهم أكيد لحالة الطوارئ وتحليل واضح لاحتياجات السكان إلى المأوى والملبس واللوازم المنزلية.

معيار التحليل رقم ٢: الرصد والتقييم

ينبغي رصد وتقييم أداء وفعالية برنامج المأوى والموقع وتطورات الوضع المتوقعة.

معيار التقييم رقم ٣: المشاركة

ينبغي أن تتاح للسكان المتضررين من الكارثة فرصة المشاركة في وضع برنامج المساعدة وتنفيذه.

٢- الإسكان (المأوى)

معيار الإسكان رقم ١: المسكن

ينبغي أن تُوفَر للأشخاص المتضررين مساحة مسقوفة كافية تقيهم قسوة الطقس. كما ينبغي أن يتمتعوا بقدر كاف من الدفء والهواء النقي والأمن وإمكانية الاختلاء بما يكفل كرامتهم وصحتهم وراحتهم.

٣- الملبس

معيار الملبس

ينبغي أن توّفر للأشخاص المتضررين من الكوارث بطاطين وملابس كافية تقيهم قسوة الطقس وتكفل كرامتهم وسلامتهم وراحتهم.

٤- اللوازم المنزلية

معيار اللوازم المنزلية رقم ١: لوازم الحياة اليومية

ينبغي أن تحصل الأسر على اللوازم المنزلية والصابون للمحافظة على النظافة الشخصية وأن تحصل على الأدوات اللازمة لصون كرامتها وراحتها.

معيار اللوازم المنزلية رقم ٢: مراعاة البيئة

ينبغي توفير معدات وأفران اقتصادية للطهي وتشجيع الناس على استعمالها.

٥- انتقاء الموقع

معيار الموقع رقم ١: انتقاء الموقع

ينبغي أن يكون الموقع مناسباً لاستقبال عدد الأشخاص الذين سيقيمون فيه.

معيار الموقع رقم ٢: تخطيط الموقع

عند تخطيط الموقع، ينبغي ضمان تخصيص مساحة كافية للأسر وضمان أمن الأشخاص وراحتهم. كما ينبغي العمل على توفير خدمات كافية وفعالة وتسهيل إمكانيات الوصول إلى مختلف مناطق الموقع.

معيار الموقع رقم ٣: الأمن

عند انتقاء الموقع وتخطيطه، ينبغي ضمان حرية شخصية كافية وشعورا كافيا بالأمان لدى السكان المتضررين.

معيار الموقع رقم ٤: مراعاة البيئة

ينبغي تخطيط الموقع وإدارته بطريقة تكفل إلحاق أقل قدر ممكن من الأضرار بالبيئة المحيطة.

٦- مؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم

معيار المؤهلات رقم ١: الكفاءة

ينبغي أن يقوم بتنفيذ عمليات توفير المأوى والموقع موظفون ذوو مؤهلات وخبرات مناسبة للاضطلاع بالمهام المسندة إليهم كما ينبغي أن تقدم لهم المساعدة الادارية والدعم المناسبين.

معيار المؤهلات رقم ٢: المؤهلات المحلية

ينبغي أن تستعين برامج المأوى والموقع بالمؤهلات والمهارات المحلية وأن تعمل على تحسينها.

المعايير الدنيا لخدمات الصحة

١- تحليل الوضع

معيار التحليل رقم ١: الحصر الأولي

ينبغي أن يحدد الحصر الأولي آثار الكوارث على الصحة بأكبر قدر ممكن من الدقة، كما ينبغي أن يحدد الاحتياجات الصحية وأولويات تخطيط برنامج الصحة.

معيار التحليل رقم ٢: نظام المعلومات الخاصة بالصحة - جمع البيانات

ينبغي أن يتيح نظام المعلومات الخاصة بالصحة إمكانية جمع بيانات مناسبة عن السكان والأمراض والإصابات والظروف البيئية وخدمات الصحة في صيغة موحدة وبشكل منتظم بغية الكشف عن أهم المشاكل الصحية.

معيار التحليل رقم ٣: نظام المعلومات الخاصة بالصحة - استعراض البيانات

ينبغي استعراض بيانات نظام المعلومات الخاصة بالصحة والتغييرات التي تطرأ على السكان المتضررين من الكارثة وتحليلها بانتظام لاتخاذ القرارات وتنظيم الاستجابة المناسبة.

معيار التحليل رقم ٤: نظام المعلومات الخاصة بالصحة - الرصد والتقييم

ينبغي الاستعانة بجمع البيانات لتقييم فعالية عمليات مكافحة الأمراض والمحافظة على الصحة.

معيار التحليل رقم ٥: المشاركة

ينبغي أن يتاح للسكان المتضررين من الكارثة فرصة المشاركة في وضع برنامج المساعدة وتنفيذه.

٢- مكافحة الحصبة

معيار مكافحة الحصبة رقم ١: التطعيم

ينبغي أن يتلقى جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر و١٢ سنة جرعة من لقاح الحصبة وجرعة مناسبة من الفيتامين ـــ أ بأسرع وقت ممكن.

معيار مكافحة الحصبة رقم ٢: تطعيم الوافدين الجدد

ينبغي تطعيم الوافدين الجدد إلى مخيمات النازحين بشكل منهجي. وينبغي أن يتلقى جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر و١٢ سنة جرعة من لقاح الحصبة وجرعة مناسبة من الفيتامين ـــ أ.

معيار مكافحة الحصبة رقم ٣: مكافحة تفشي الحصبة

ينبغي تنظيم استجابة منهجية كلما تفشت الحصبة بين السكان المتضررين من الكوارث وسكان المجتمع المضيف.

معيار مكافحة الحصبة رقم ٤: رعاية المرضى

ينبغي أن يتلقى جميع الأطفال المصابين بالحصبة رعاية مناسبة بهدف تفادي المضاعفات الخطيرة أو الوفاة.

٣- مكافحة الأمراض المعدية

معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ١: الرصد

ينبغي رصد انتشار الأمراض المعدية.

معيار مكافحة الأمراض المعدية رقم ٢: الاستقصاء وتدابير المكافحة

ينبغي إجراء استقصاءات بشأن الأمراض التي يحتمل تفشيها ومكافحتها وفقاً للمؤشرات والمعايير المعترف بها دوليا.

٤- خدمات الرعاية الصحية

معيار خدمات الرعاية الصحية رقم ١: الرعاية الطبية الملائمة

يستند تنظيم الرعاية الصحية الطارئة للسكان المتضررين من الكوارث، إلى إجراء حصر أولي للاحتياجات وإلى بيانات نظام المعلومات الخاصة بالصحة. والغرض من الرعاية الصحية الأولية هو الحد من ارتفاع نسبة الوفيات والأمراض عن طريق توفير الرعاية المناسبة.

معيار خدمات الرعاية الصحية رقم ٢: الحد من الأمراض والوفيات

ينبغي أن تلتزم الرعاية الصحية الطارئة بمبادئ الرعاية الصحية الأولية وأن تستهدف المشكلات الصحية التي تسبب ارتفاعا مفرطا في نسبة الأمراض والوفيات.

٥- مؤهلات الموظفين والمتطوعين وتدريبهم

معيار المؤهلات رقم ١: الكفاءة

ينبغي أن يُنفذ العمليات المرتبطة بالصحة موظفون ذوو مؤهلات وخبرات مناسبة لأداء المهام المسندة إليهم كما ينبغي أن تقدم لهم المساعدة الإدارية والدعم المناسبين.

معيار المؤهلات رقم ٢: الدعم

ينبغي أن يتلقى أفراد السكان المتضررين من الكوارث الدعم المناسب لتمكينهم من التكيّف مع بيئتهم الجديدة واستخلاص أكبر فائدة ممكنة من المساعدة التي يتلقونها.

معيار المؤهلات رقم ٣: المؤهلات المحلية

ينبغي أن تستعين عمليات الرعاية الصحية الطارئة بالمؤهلات والمهارات المحلية وأن تعمل على تحسينها.

٥- مدونة سلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية للإغاثة في حالات الكوارث

أعدها الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر واللجنة الدولية للصليب الأحمر[١]

الغرض من مدونة السلوك

إن الغرض من مدونة السلوك هذه هو صون المبادئ التي تحكم سلوك المنظمات الإنسانية أثناء الكوارث. ولا تغطي هذه المدونة تفاصيل تنفيذ عمليات المساعدة الإنسانية، كحساب الحصص الغذائية أو نصب مخيمات

---

١ تحت رعاية مؤسسة كاريتاس الدولية وهيئة خدمات الإغاثة الكاثوليكية والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والتحالف الدولي لإنقاذ الطفولة والاتحاد اللوثري العالمي ومؤسسة أوكسفام ومجلس الكنائس العالمي (وهي منظمات أعضاء في لجنة توجيه المساعدات الإنسانية) واللجنة الدولية للصليب الأحمر.

اللاجئين، بل أنها تسعى إلى الحفاظ على مبادئ الاستقلال والفعالية والتأثير التي تنشدها المنظمات غير الحكومية التي تعمل في مجال مواجهة الكوارث والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. وليست هذه المدونة مُلزَمة. ويتوقف تطبيقها على إرادة المنظمة التي تقبل الالتزام بالمعايير الواردة فيها.

وفي حالة حدوث نزاع مسلح، يجب تفسير هذه المدونة وتطبيقها وفقاً للقانون الدولي الإنساني.

وأرفقنا بمدونة السلوك هذه ثلاثة ملاحق تصف محيط العمل الذي نود أن توفره الحكومات المضيفة والحكومات المانحة والمنظمات الدولية الحكومية بغية تسهيل تقديم المساعدة الإنسانية.بصورة فعالة.

التعاريف

المنظمات غير الحكومية: يقصد بها المنظمات الوطنية والدولية المستقلة عن حكومة البلد الذي أُسست فيه.

الوكالات الإنسانية غير الحكومية: لقد صيغ هذا التعبير لأغراض هذا النص، ويشمل عناصر حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر ـــ أي اللجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والجمعيات الوطنية الأعضاء فيه ـــ والمنظمات غير الحكومية التي ورد تعريفها أعلاه. وتخص هذه المدونة بالتحديد الوكالات الإنسانية غير الحكومية التي تعمل في مجال مواجهة الكوارث.

المنظمات الدولية الحكومية: يقصد بها المنظمات التي أسستها حكومتان أو أكثر. وبالتالي فهي تشمل جميع وكالات الأمم المتحدة والمنظمات الإقليمية.

الكوارث: الكارثة عبارة عن حدث مفجع يسبب خسائر في الأرواح ومعاناة بشرية هائلة ويلحق أضرارا مادية بالغة.

مدونة السلوك:

مبادئ أساسية للسلوك من أجل حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية في مجال تنفيذ برامج مواجهة الكوارث

١- أولوية الجوانب الإنسانية

إن الحق في الحصول على المساعدة الإنسانية وفي تقديمها، مبدأ إنساني أساسي ينبغي أن يتمتع به مواطنو كل البلدان. وإننا نتعهد بتوفير المساعدة الإنسانية حيثما دعت الحاجة إليها بوصفنا أعضاء في المجتمع الدولي. وللاضطلاع بهذه المسؤولية، لا بد من الوصول إلى السكان المتضررين دون أي عائق. ودافعنا الأول في مواجهة الكوارث هو التخفيف من معاناة البشر، وعلى الأخص معاناة الفئات الأقل قدرة على تحمل وقع الكوارث. ولا تمثل المعونة الإنسانية التي نقدمها تحيزاً لطرف أو لآخر، ولا تعكس موقفاً سياسياً معيناً، ويجب آلا تُفسّر بهذه الطريقة في أي حال من الأحوال.

٢- ضرورة تقديم المعونة بصرف النظر عن الانتماء العرقي لمتلقيها أو عقيدتهم أو جنسيتهم ودون تمييز بينهم أياً كان شكله. يجب أن تحكم الحاجة وحدها تحديد أولويات المعونة.

نتعهد بالسعي إلى توفير مساعدات الإغاثة استنادا إلى تقييم متعمق لاحتياجات ضحايا الكارثة واستناداً إلى القدرات المحلية المتاحة لتلبية تلك الاحتياجات حيثما أمكن.

ويجب أن تأخذ كل برامجنا بمبدأ التناسب، كما يجب التخفيف من معاناة البشر حيثما وجدت، فالحياة ثمينة في كل مكان. ولذا يجب أن تكون المساعدات التي نقدمها متناسبة مع المعاناة التي نسعى إلى تخفيفها.

ونحن نسلّم، في تنفيذنا لهذا النهج، بالدور الحاسم الذي تؤديه النساء في المجتمعات المعرضة للكوارث، ونعمل على ضمان أدائهن لهذا الدور في برامج المعونة وليس تقليله.

ولا يمكن أن يكون تنفيذ مثل هذه السياسة العالمية والمحايدة والمستقلة فعالا ما لم تتوفر لنا ولشركائنا فرص الحصول على الموارد اللازمة لتقديم مثل هذه الإغاثة المنصفة وللوصول إلى ضحايا الكوارث جميعاً دون تمييز

٣- لا يجوز استخدام المعونة لدعم موقف سياسي أو ديني معين

يجب أن تكون المعونة الإنسانية متناسبة مع احتياجات الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية. ويجب ألا يكون تقديم المساعدة مشروطا بتأييد متلقيها للآراء السياسية أو الدينية التي يحق لأي وكالة إنسانية غير حكومية أن تدافع عنها.

ولن نقيد الوعد بتقديم المساعدة أو تسليمها أو توزيعها باعتناق آراء سياسية أو عقائد دينية معينة أو تأييدها.

٤- لن نسمح بتسخيرنا في خدمة السياسة الخارجية للحكومات

الوكالات الإنسانية غير الحكومية وكالات مستقلة عن الحكومات. وعليه فأننا نرسم سياساتنا واستراتيجيات تنفيذ برامجنا بنفسنا، ولا نسعى إلى تنفيذ سياسة الحكومة أياً كانت، إلا إذا تطابقت مع سياستنا المستقلة.

لن نسمح أبدا، عن علم أو عن إهمال، باستخدامنا أو استخدام موظفينا في جمع معلومات سياسية أو عسكرية أو اقتصادية مهمة لصالح حكومات أو هيئات قد تخدم أغراضاً غير الأغراض الإنسانية البحتة. كما لن نسمح بتسخيرنا كأدوات في خدمة السياسات الخارجية للحكومات المانحة.

إننا نتعهد باستخدام المساعدة التي نتلقاها لتلبية احتياجات المنكوبين؛ وينبغي ألا تقدم الجهة المانحة هذه المساعدة بدافع التخلص من فائض السلع لديها أو لتحقيق مصالحها السياسية، في أي حال من الأحوال.

علينا أن نقدر الأفراد ونشجعهم على التبرع بعملهم ومالهم لدعم نشاطنا، وأن نسّلم باستقلالية الأعمال التي تنُجز بدافع تطوعي كهذا. وعلينا أن نسعى إلى تجنب الاعتماد الكامل على مصدر واحد للتمويل، وذلك لحماية استقلالنا.

٥- احترام الثقافة والتقاليد

علينا أن نحترم ثقافات وهياكل وتقاليد المجتمعات المحلية والبلدان التي نعمل فيها.

٦- مواجهة الكوارث بالاعتماد على القدرات المحلية

لا تقضي الكوارث بالضرورة على قدرات الناس والمجتمعات المحلية، وإن بدى عليهم الإرهاق للوهلة الأولى. ونحن نتعهد بتعزيز هذه القدرات كلما أمكن، باستخدام الموظفين المحليين وشراء المواد المتاحة في الموقع والتعامل مع الشركات المحلية. كما نتعهد بالاستعانة بالوكالات الإنسانية غير الحكومية المحلية لتشترك معنا في تخطيط برامج الإغاثة وتنفيذها حيثما أمكن.

كما نسعى إلى إعطاء الأولوية للتنسيق المناسب لكل أعمالنا في مجال مواجهة الكوارث. ولا بد من أن يضطلع المنفذون الفعليون لعمليات الإغاثة في البلدان المعنية بهذا التنسيق إذا ما أريد له أن يكون فعالاً. كما ينبغي أن يشترك في هذا التنسيق ممثلون عن هيئات الأمم المتحدة المعنية.

٧- إيجاد الوسائل الكفيلة بإشراك المستفيدين من البرامج في إدارة معونات الإغاثة

ينبغي ألا تفرض مساعدات الإغاثة على المستفيدين منها في أي حال من الأحوال. والواقع أن أمثل طريقة لضمان فعالية برامج الإغاثة وإعادة التأهيل، هي إشراك المستفيدين من هذه البرامج في تصميمها وإدارتها وتنفيذها. وسنبذل كل ما في وسعنا لتحقيق المشاركة الكاملة للمجتمعات المحلية في برامج الإغاثة وإعادة التأهيل التي نكون قد وضعناها.

٨- يجب أن يكون الغرض من معونات الإغاثة الحد من الضعف أمام الكوارث وتلبية الاحتياجات الأساسية

تنطوي جميع عمليات الإغاثة على آثار سلبية أو إيجابية على آفاق التنمية الطويلة الأجل. ولذا فأننا نسعى جاهدين إلى تنفيذ برامج الإغاثة التي تقلل بشكل ملحوظ من ضعف المستفيدين أمام الكوارث المقبلة والتي ترمي إلى إيجاد أنماط معيشية قابلة للاستمرار. كما نتعهد بإيلاء أهمية خاصة للاهتمامات البيئية عند تصميم برامج الإغاثة وإدارتها. ونتعهد بالسعي إلى تقليل الآثار السلبية للمعونة الإنسانية عن طريق تفادي اعتماد المستفيدين على المساعدة الخارجية في الأجل الطويل.

٩- مسؤوليتنا أمام المستفيدين والمانحين

كثيرا ما نقوم بدور حلقة الوصل بين الذين يودون تقديم مساعدتهم وأولئك الذين يحتاجون إلى هذه المساعدة أثناء الكوارث، مما يجعلنا مسؤولين أمام المستفيدين والمانحين على السواء.

يجب أن تتسم كل معاملاتنا مع المانحين والمستفيدين بالتفتح والشفافية.

إننا نعترف بالحاجة إلى إحاطة المعنيين علماً بما نقوم به من أنشطة من حيث التمويل والفعالية على حد سواء.

إننا نعترف بواجبنا في ضمان مراقبة توزيع المعونات على نحو مناسب وإجراء تقييم منتظم لتأثير مساعدات الإغاثة.

علينا أن نسعى أيضاً إلى إحاطة المعنيين علما ــ بشكل متفتح ــ بأثر عملنا والعوامل التي تحد من هذا الأثر أو تحسّنه.

يجب أن تقوم برامجنا على معايير مهنية صارمة وعلى الخبرة للحد من هدر الموارد الثمينة بأكبر قدر ممكن.

١٠- ضرورة اعتراف أنشطة الإعلام والدعاية بضحايا الكوارث كبشر ذوي كرامة وليس مجرد أشخاص يائسين

يجب احترام ضحايا الكوارث في كل الأحوال واعتبارهم شركاء فعليين في أعمال الإغاثة. وعلينا أن نقدم في إعلامنا إلى الجمهور صورة موضوعية عن حالات الكوارث تبرز قدرات ضحايا الكارثة وتطلعاتهم وليس مجرد ضعفهم ومخاوفهم.

ونحن نتعهد ــ عند التعاون مع وسائل الإعلام بهدف تحسين استجابة الجماهير للكارثة ــ بعدم إعطاء الأسبقية لمطالب الدعاية، داخلية كانت أم خارجية، على مبدأ زيادة مساعدات الإغاثة إلى أقصى قدر ممكن.

ونتعهد أيضاً بتفادي التنافس على التغطية الإعلامية مع الوكالات الأخرى التي تعمل في مجال مواجهة الكوارث، إذا كان من شأن مثل هذه التغطية أن تضر بالخدمات المقدمة للمستفيدين أو بأمن موظفينا أو المستفيدين من مساعداتنا.

محيط العمل

بعد الموافقة ـــ من طرف واحد ـــ على السعي إلى الالتزام بالمدونة أعلاه، نعرض فيما يلي بعض المبادئ التوجيهية الإرشادية التي تصف محيط العمل الذي نود أن توفره الحكومات المانحة والحكومات المضيفة والمنظمات الدولية الحكومية ـــ وبصفة خاصة وكالات الأمم المتحدة ـــ بغية تسهيل المشاركة الفعالة للوكالات الإنسانية غير الحكومية في مواجهة الكوارث.

والغرض من هذه الإرشادات إنما هو التوجيه فحسب. فهي غير ملزمة من الناحية القانونية، كما لا ننتظر من الحكومات والمنظمات الدولية الحكومية أن تعّبر عن قبولها لهذه الإرشادات عن طريق التوقيع على أي وثيقة، وإن كان ذلك هدفا يمكن أن نسعى إلى تحقيقه. ونحن نقدم هذه الإرشادات في روح من التفتح والتعاون لكي يصبح شركاؤنا على وعي بالعلاقة المثالية التي نسعى إلى إقامتها معهم.

الملحق الأول:
توصيات من أجل حكومات البلدان المتضررة من الكوارث

١- ينبغي للحكومات أن تعترف بعمل الوكالات الإنسانية غير الحكومية وأن تحترم طابعه المستقل والإنساني وغير المتحيز

الوكالات الإنسانية غير الحكومية هيئات مستقلة، على الحكومات المضيفة أن تحترم استقلالها وعدم تحيزها.

٢- ينبغي للحكومات المضيفة أن تسّهل وصول الوكالات الإنسانية غير الحكومية إلى ضحايا الكوارث بسرعة

إذا أرادت الوكالات الإنسانية غير الحكومية أن تعمل بموجب مبادئها الإنسانية، فلا بد من أن يؤمن لها الوصول بسرعة ودون تحيز إلى ضحايا الكوارث لتزويدهم بالمساعدات الإنسانية. وعلى الحكومة المضيفة واجب تفادي عرقلة وصول هذه المساعدات وقبول أعمال هذه الوكالات غير المتحيزة وغير السياسية وذلك في إطار ممارستها لمسؤولياتها كدولة ذات سيادة.

ينبغي للحكومات المضيفة أن تيسر دخول أفراد الإغاثة إلى البلد دون تأخير عن طريق إعفائهم من تأشيرات العبور والدخول والخروج بصفة خاصة، أو باتخاذ الترتيبات اللازمة لضمان منح هذه التأشيرات على وجه السرعة.

ينبغي للحكومات أن تمنح تراخيص الطيران والهبوط للطائرات التي تنقل إمدادات الإغاثة الدولية والموظفين، طيلة مرحلة الإغاثة الطارئة.

٣- ينبغي للحكومات أن تسّهل وصول إمدادات الإغاثة ونشر المعلومات في الوقت المناسب أثناء الكوارث

تُجلب إمدادات ومعدات الإغاثة إلى البلد المنكوب للتخفيف من معاناة البشر فحسب، وليس لتحقيق مصلحة تجارية أو كسب تجاري. ويجب أن يُسمح بدخول هذه الإمدادات إلى البلد المعني بحرية ودون قيود ويجب ألا تخضع لمتطلبات معينة، كتقديم الشهادات القنصلية الخاصة بمصدرها أو رخص الاستيراد أو التصدير أو كليهما أو غير ذلك من القيود. كما يجب ألا تخضع لضرائب الاستيراد أو رسوم المطار أو الميناء.

وينبغي أن تسّهل الحكومة المضيفة الاستيراد المؤقت لمعدات الإغاثة الضرورية، بما في ذلك السيارات والطائرات الصغيرة وأجهزة الاتصالات، وذلك عن طريق تعليق قيود الترخيص أو التسجيل مؤقتا. كما ينبغي ألا تقيد الحكومات إعادة تصدير معدات الإغاثة بعد انتهاء عملية الإغاثة.

ولتسهيل الاتصالات أثناء الكوارث، ينبغي تشجيع الحكومات المضيفة على تخصيص موجات إذاعية محددة لمنظمات الإغاثة لكي تستخدمها في اتصالاتها أثناء الكوارث داخل البلد وخارجه. وعلى هذه الحكومات أن تبلغ أوساط مواجهة الكوارث ــ قبل حدوث الكوارث ــ بالموجات التي خصصتها لها. كما ينبغي أن ترخص للعاملين في مجال الإغاثة باستخدام كل وسائل الاتصال اللازمة لتنفيذ عمليات الإغاثة.

٤- ينبغي أن تسعى الحكومات إلى توفير خدمات منسقة للإعلام والتخطيط أثناء الكوارث

تعود مسؤولية تخطيط جهود الإغاثة وتنسيقها في الواقع إلى الحكومة المضيفة نفسها. وفي الإمكان تعزيز التخطيط والتنسيق بشكل ملموس بتزويد

الوكالات الإنسانية غير الحكومية بالمعلومات اللازمة بشأن احتياجات الإغاثة وبما تملكه الحكومة من نظم لتخطيط جهود الإغاثة وتنفيذها بالإضافة إلى المعلومات المتعلقة بالمخاطر الأمنية التي قد تواجهها. والحكومات مدعوة إلى توفير هذه المعلومات للوكالات الإنسانية غير الحكومية.

ولتسهيل التنسيق الفعال والاستفادة المثلى من جهود الإغاثة، ينبغي للحكومات أن تعيّن، قبل وقوع الكارثة، وحدة اتصال واحدة يمكن للوكالات الإنسانية غير الحكومية أن تتصل من خلالها بالسلطات الوطنية.

٥- أعمال الإغاثة في حالات النزاع المسلح

تخضع أعمال الإغاثة في حالات النزاع المسلح لأحكام القانون الدولي الإنساني ذات الصلة بالموضوع.

الملحق الثاني:
توصيات من أجل الحكومات المانحة

١- ينبغي للحكومات المانحة أن تعترف بعمل الوكالات الإنسانية غير الحكومية وأن تحترم طابعه المستقل والإنساني وغير المتحيز

الوكالات الإنسانية غير الحكومية هيئات مستقلة ينبغي للحكومات المانحة أن تحترم استقلالها وعدم تحيزها، كما ينبغي ألا تُستخدم هذه المنظمات لخدمة أي غرض سياسي أو أيديولوجي.

٢- ينبغي للحكومات المانحة أن تضمن استقلال أعمال الإغاثة عند توفير التمويل

ينبغي أن تقبل الوكالات الإنسانية غير الحكومية المساعدة المالية والمادية التي تقدمها الحكومات المانحة بدافع إنساني والعمل المستقل الذي يميز أنشطتها في مجال مساعدة ضحايا الكوارث. وترجع مسؤولية تنفيذ عمليات الإغاثة، في نهاية المطاف، إلى الوكالات الإنسانية غير الحكومية ويتم تنفيذها وفقاً لسياساتها.

٣- ينبغي للحكومات المانحة أن تستخدم مساعيها الحميدة لمساعدة الوكالات الإنسانية غير الحكومية في الوصول إلى ضحايا الكوارث.

ينبغي للحكومات المانحة أن تعترف بأهمية تحّمل بعض المسؤوليات لضمان وصول موظفي الوكالات الإنسانية إلى مواقع الكوارث بحرية وأمان. وينبغي أن تكون مستعدة لممارسة وساطتها الدبلوماسية مع الحكومات المضيفة بهذا الخصوص عند الضرورة.

الملحق الثالث:

توصيات إلى المنظمات الدولية الحكومية

١- ينبغي للمنظمات الدولية الحكومية أن تعترف بالوكالات الإنسانية غير الحكومية المحلية والأجنبية بوصفها منظمات شريكة

ينبغي أن تكون الوكالات الإنسانية غير الحكومية مستعدة للعمل مع الأمم المتحدة وغيرها من الوكالات الدولية الحكومية من أجل مواجهة الكوارث بمزيد من الفعالية وفي روح من الشراكة ومع احترام كيان كل الشركاء واستقلالهم. وعلى الوكالات الدولية الحكومية أن تحترم استقلال الوكالات الإنسانية غير الحكومية وعدم تحيزها. كما ينبغي لوكالات الأمم المتحدة أن تستشير الوكالات الإنسانية عند إعداد خطط الإغاثة.

٢- ينبغي للمنظمات الدولية الحكومية أن تساعد الحكومات المضيفة على توفير إطار شامل لتنسيق أعمال الإغاثة الدولية والحكومية

ليس للوكالات الإنسانية غير الحكومية صلاحية توفير الإطار الشامل للتنسيق فيما يتعلق بالكوارث التي تتطلب استجابة دولية. إذ تقع هذه المسؤولية،عادة، على عاتق الحكومة المضيفة والسلطات المعنية في الأمم المتحدة التي يجب أن تقدم هذه الخدمات على وجه السرعة وبشكل فعال لخدمة الدولة المتضررة وأوساط مواجهة الكوارث الوطنية والدولية. وينبغي للوكالات الإنسانية، في جميع الأحوال، أن تبذل قصارى جهدها لضمان تنسيق خدماتها بفعالية.

وتخضع أعمال الإغاثة، في حالات النزاعات المسلحة، لأحكام القانون الدولي الإنساني ذات الصلة بالموضوع.

٣- ينبغي للمنظمات الدولية الحكومية أن تضمن للوكالات الإنسانية غير الحكومية الحماية الأمنية نفسها التي توفرها لوكالات الأمم المتحدة.

ينبغي أن توفر للوكالات الإنسانية غير الحكومية الشريكة نفس خدمات الأمن التي توفر للمنظمات الدولية الحكومية، حيثما طلبتها.

٤- ينبغي للمنظمات الدولية الحكومية أن توفر للوكالات الإنسانية غير الحكومية المعلومات اللازمة نفسها التي توفرها لوكالات الأمم المتحدة

على المنظمات الدولية الحكومية أن تسعى إلى تبادل كل المعلومات الخاصة بتنفيذ الاستجابة الفعالة للكوارث مع الوكالات الإنسانية غير الحكومية الشريكة.

الفهرس

أ

ج

ح

خ

ك

ل

م

ن

هـ

و

استمارة الانطباعات والتعليقات حول كتاب مشروع اسفير

(يحتفظ بكافة التعليقات في سجلات في مكاتب اسفير وتنظر فيها المجموعات القطاعية في عام ٢٠٠٢ إعداداً لطبعة ثانية تصدر في عام ٢٠٠٣)

الاسم والشهرة: ....

المنظمة والمنصب: ....

رقم الهاتف/ الفاكس/ البريد الإلكتروني: ....

التاريخ: ....

١) ما هي انطباعاتك أو تعليقاتك العامة بشأن بعض أجزاء الكتاب (الميثاق الإنساني، تقسيم الفصول، الإستمارات الواردة في المرافق، إلخ)؟

....

٢) هل هناك بعض المؤشرات التي يجب تصحيحها؟ الرجاء تحديد ذلك ودعم الاقتراحات ببعض الأدلة أو المراجع؟

....

....

٣) هل من الواجب إضافة بعض المعلومات/ الاكتشافات الجديدة على الملاحظات التوجيهية؟

....

....

٤) كيف تنوي استخدام كتاب اسفير في عملك؟ (الرجاء شرح أسباب استخدام الكتاب أيضاً)

....

....

٥) برأيك، ما هو الطريق الذي يجب أن تتبعه مبادرة اسفير في المستقبل؟

....

....

٦) هل أنت بحاجة إلى المزيد من المعلومات حول مشروع اسفير؟ الرجاء تحديد المعلومات التي أنت بأمسّ الحاجة إليها (التأكّد من أنك أعطيت كافة المعطيات التي تتيح الاتصال بك)

....

....

الرجاء إرسال هذه الاستمارة على العنوان التالي:

The Sphere Project
PO Box 372 – 17, Chemin des Crets, Geneva 19 Switzerland
Fax: +41.22.730.4905 – Email: sphere@ifrc.org

إننا نرحّب بمساهماتكم